

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**  
**Escola Superior de Altos Estudos**

**ESTUDO COMPARADO ENTRE ALCOÓLICOS E NÃO  
ALCOÓLICOS: SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS –  
AMOSTRA BRASILEIRA**

**MARIA APARECIDA DA SILVEIRA BRIGIDO**

**Dissertação de Mestrado em Toxicodependências e Patologias Psicossociais**

**Canoas, 2011**



# **ESTUDO COMPARADO ENTRE ALCOÓLICOS E NÃO ALCOÓLICOS: SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS – AMOSTRA BRASILEIRA**

**MARIA APARECIDA DA SILVEIRA BRIGIDO**

**Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de  
Mestre em Toxicodependências e Patologias Psicossociais**

**Orientador:** Professor Doutor Carlos Amaral Dias  
**Co-orientador:** Professor Doutor Jorge Trindade

**Canoas, 2011**

Dedico este trabalho a Vicente João da Silveira Brígido  
Pelo companheirismo e aposta no meu melhor possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Dr. Carlos Amaral Dias orientador e professor.

Ao professor Dr. Jorge Trindade co-orientador, incentivador e professor.

A todos os integrantes dos grupos de Alcoólicos Anônimos da São Leopoldo por seu interesse e disponibilidade em participar e auxiliar na coleta de dados.

À ex-aluna e monitora Psicóloga Elise Karam Trindade pela revisão minuciosa do trabalho.

Ao ex-aluno Psicólogo Waldir Solano Bohrer do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA pelo auxílio na coleta de dados.

Às colegas Dra. Patrícia Silva e Dra. Simone do Núcleo de Estatística da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA pelo auxílio na análise e tratamento estatístico dos dados.

A todos quantos me auxiliaram na Universidade Luterana do Brasil - ULBRA para a realização deste mestrado.

“O espectador constrói a imagem, a imagem constrói o espectador”.

*Jacques Aumont*

## RESUMO

Os sintomas psicológicos nos indivíduos consumidores de álcool é o tema investigado neste trabalho, que se dedicou a analisar as diferenças entre grupos de indivíduos alcoólicos e não alcoólicos homens e mulheres. A oportunidade desta investigação se originou no trabalho de psicologia clínica com pacientes alcoólicos e, principalmente, frente às carências bibliográficas no mercado sobre o assunto. O presente trabalho, buscou, portanto, investigar-se, a partir das hipóteses, a intensidade de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos em sujeitos alcoólicos de ambos os sexos. Para tal, foram realizadas entrevistas orientadas para a aplicação do instrumento. O instrumento utilizado na pesquisa foi o *SCL 90-R (Symptom Check List 90 - Revised)* (DEROGATIS, 1983) que se propõe a medir a intensidade dos sintomas, especificamente em casos de alcoolismo, sendo este instrumento validado no Brasil (LALONI, 2001). Os sintomas psicológicos avaliados foram: Psicose, Relações Interpessoais, Ansiedade, Ideação Paranóide, Hostilidade, Depressão, Fobia e Obsessivo Compulsivo. A população investigada abrangeu pessoas não consumidoras de álcool da comunidade e pessoas alcoólicas pertencentes aos AA (Alcoólicos Anônimos). Os dois grupos pertencem à Região Metropolitana de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A comparação foi abrangente em relação aos aspectos de gênero, pois além de comparar o grupo de alcoólicos e não alcoólicos verificou as relações de gênero, analisando as diferenças entre o grupo de homens e mulheres alcoólicos e não alcoólicos. Os resultados encontrados demonstram que os alcoólicos são mais sintomáticos que os não alcoólicos e as mulheres apresentam-se em relação aos sintomas avaliados com médias mais altas que os homens. Os alcoólicos homens e mulheres não diferem de forma estatisticamente significativa em seus sintomas psicológicos. Da mesma forma homens e mulheres não alcoólicos não diferem em seus sintomas psicológicos.

**Palavras-chave:** Sintoma Psicológico; Indivíduo Alcoólico, Indivíduo Não Alcoólico.

## **ABSTRACT**

The subject of this research concerns about psychological symptoms on alcohol consuming individuals, analyzing the differences between groups of alcoholic and non alcoholic individuals, men and women. This investigation arose from the psychological clinic work with alcoholic patients in face of the lack of literature about this subject. Based on the hypothesis we investigated the intensity of psychological problems and psychopathological symptoms in alcoholic individuals of both sexes. We also evaluated the presence and intensity of psychological problems and psychopathological symptoms in non alcoholic individuals of both sexes. For this research we performed interviews oriented to the application of the instrument. The instrument employed in the research was SCL 90-R (Symptom Check List 90 - Revised) (DEROGATIS, 1983) which measures the intensity of the symptoms. The instrument was validated in Brazil (LALONI, 2001) and is specific to evaluate symptoms in case of alcoholism. The psychological symptoms we evaluated were: Psychosis, Interpersonal Relations, Anxiety, Paranoid Ideation, Hostility, Depression, Phobia, and Obsessive Compulsive. The population investigated is formed by non alcohol consuming people and alcoholics belonging to the Anonymous Alcoholics (AA). Both groups are from the Metropolitan Region of Porto Alegre in the southern state of Rio Grande do Sul, Brazil. The comparison was comprehensive regarding the aspects of gender, since besides comparing the group of alcoholics and non alcoholics, it compared alcoholic men and women among themselves, and non alcoholic men and women as well. The results that were found demonstrate that alcoholics are more symptomatic than non alcoholics and women, regarding the evaluated symptoms, present themselves with higher averages than men. Alcoholic men and women do not expressively differ in their psychological symptoms, as non alcoholic men and women do not expressively differ in their psychological symptoms as well.

**Key words:** psychological symptom; alcoholic individual; non alcoholic individual.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>I PARTE: REVISÃO TEÓRICA 2.....</b>	<b>15</b>
<b>1 PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS SOBRE O ALCOOLISMO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 ALCOOLISMO .....</b>	<b>23</b>
2.1 Álcool, sociedade, cultura e rituais .....	23
2.2 O alcóolico .....	28
2.3 Considerações sobre a família do alcóolico .....	37
2.4 Panorama do alcoolismo no Brasil e no Rio Grande do Sul .....	40
<b>3 ALCOOLISMO E SUAS MÁSCARAS .....</b>	<b>46</b>
3.1 Sonistralidade .....	50
<b>II PARTE: A PESQUISA .....</b>	<b>56</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>57</b>
4.1 Método.....	57
4.2 Problema de pesquisa .....	57
4.3 Definição dos termos do problema de pesquisa .....	57
<b>4.4 Hipóteses .....</b>	<b>58</b>
4.4.1 Hipóteses secundárias .....	60
<b>4.5 População e amostra .....</b>	<b>60</b>
4.5.1 Amostra .....	60
<b>4.6 Emparelhamento da amostra .....</b>	<b>61</b>
<b>4.7 Instrumento de pesquisa .....</b>	<b>64</b>
<b>4.8 Variáveis .....</b>	<b>66</b>
<b>4.9 Procedimentos .....</b>	<b>66</b>
4.9.1 Procedimentos para coleta de dados .....	66
4.9.2 Procedimento para tratamento dos dados .....	67
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>68</b>
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>76</b>
6.1 Discussão dos resultados da tabela 1 .....	76



<b>6.2 Discussão dos resultados da tabela 2 .....</b>	<b>81</b>
<b>6.3 Discussão dos resultados da tabela 3 .....</b>	<b>85</b>
<b>6.4 Discussão dos resultados da tabela 4 .....</b>	<b>89</b>
<b>6.5 Discussão dos resultados da tabela 5 .....</b>	<b>91</b>
<b>6.6 Discussão dos resultados da tabela 6 .....</b>	<b>93</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>104</b>
<b>BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS .....</b>	<b>112</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

1. Questões relacionadas ao alcoolismo em relação ao gênero .....	27
2. Sintomas da abstinência .....	30
3. Índice de dependência alcoólica em adolescentes no Brasil .....	35
4. Diferenças estatísticas entre sexos no que se refere ao uso de álcool na vida .....	41
5. Crescimento do consumo de bebida alcóolica no Brasil 1994-1995.....	44
6. Aumento de consumo de cerveja no Brasil de 1985-2005 .....	44
7. Emparelhamento da amostra: Idade dos entrevistados .....	61
8. Porcentagem da amostra de Não Alcoólicos por faixa etária e sexo .....	61
9. Porcentagem da amostra de Alcoólicos por faixa etária e sexo .....	61
10. Porcentagem da profissão da amostra - Homens .....	62
11. Porcentagem da profissão da amostra - Mulheres .....	62
12. Porcentagem do grau de instrução da amostra - Alcoólicos e Não Alcoólicos .....	63
13. Porcentagem do grau de instrução da amostra de Não Alcoólicos por gênero .....	63
14. Porcentagem do grau de instrução da amostra de Alcoólicos por gênero .....	63
15. Escala do grau de intensidade das dimensões avaliadas no SCL-90-R .....	65
16. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Homens + Mulheres .....	68
17. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Indivíduos do sexo masculino .....	69
18. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Indivíduos do sexo feminino .....	70
19. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino .....	71
20. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos não alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino .....	73
21. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos de indivíduos não alcoólicos e alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino .....	74

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Homens + Mulheres .....	69
2 Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Indivíduos do sexo masculino _ .....	70
3. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Indivíduos do sexo feminino _ .....	71
4. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino .....	72
5. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos não alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino _ .....	73
6. Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos de indivíduos não alcoólicos e alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino _ .....	75

## INTRODUÇÃO

O álcool é uma droga que produz mudanças cerebrais, psicológicas e sociais, apresentando, de maneira abrangente, efeitos negativos perturbadores do equilíbrio e bem estar dos envolvidos diretos e indiretos. De acordo com Laranjeira e Pinsky (2001), “Ninguém nasce dependente de nenhuma droga. O que ocorre é que a pessoa desenvolve uma relação com a droga que evolui para a dependência, isto é, há um processo gradual envolvendo a dependência”. Assim como as repercussões da dependência, também os fatores predisponentes ou de risco representam um contexto multifacetado, de maneira que, em termos de alcoolismo, não é possível falar de um único fator determinante.

O ato de beber está na base das ações sociais, culturais, econômicas, emocionais, psíquicas e mesmo da estrutura física do alcoólico. O uso do álcool é diferenciado conforme a cultura, o país e o viés do tipo de estudo a ser realizado. Algumas culturas ensinam as crianças a beberem de forma responsável, outras ritualizam o beber, assim como existem as proibições para a embriaguez pública e a estimulação para o mesmo comportamento (CAMPBELL e GRAHAM, 1991; VAILLANT, 1999; VESPUCCI, 2000).

Atualmente, entende-se o uso de álcool e outras drogas como sintoma e já não se fala em personalidade drogadita. Através dos sintomas pode-se encontrar variadas estruturas psíquicas, segundo Nardvorny (2006) os portadores de dependências apresentam sintomas egossintônicos, apenas os sintomas de risco iminente é que são levados em conta pelo dependente. Almeida (2008) afirma que o dependente só toma a iniciativa de procurar tratamento depois de uma intoxicação particularmente catastrófica na qual chega sentir que está morrendo.

Geralmente, o indivíduo alcoólico, quando criança, sofreu amarga e inesquecível decepção. Sente-se traído, com raiva, e o uso do álcool reprime estes sentimentos inconscientes que ameaçam vir à tona. Beber é considerado uma reação de vingança, de caráter infantil, ou seja, é executado de forma oral, e, por este motivo, o alcoólico dá valor muito alto às virtudes da substância, sendo a agressividade praticada de forma indireta.

Segundo Menninger (1970) descrito por Melman (2000), o alcoólico tem um comportamento e uma sintomatologia falicizada. O objeto de gozo do alcoólico é o falo e isto pode ser percebido no heroísmo viril dos rituais do alcoólico. O alcoólico é alguém que tende ir até o fim, não tem frio na espinha e barreiras ou limites não o fazem parar. Segundo Edwards, Marshall e Cook (2005), beber excessivamente tem significados diferentes e múltiplos para cada um dos pacientes.

“O ato de beber talvez reflita a identificação do paciente com uma figura chave de sua infância que bebia excessivamente (pai, mãe ou outra figura próxima). É como se o paciente estivesse predestinado a atuar a vida de outra pessoa, em vez de viver a própria pessoa do presente. Também são vista como atores do passado, por exemplo, a esposa é obrigada ao mesmo papel que o paciente viu a mãe atuar na relação com o pai alcoólico” (EDWARDS, MARSHALL E COOK, 2005, p. 265).

O alcoolismo, desta forma, configura-se como problema nas organizações de saúde pública, em face do impacto nos índices de morbidade e mortalidade, trazendo prejuízos para a saúde e economia, afetando a qualidade no trabalho, proporcionando mudanças nos hábitos pessoais e gerando relacionamento ruim com os colegas (CAMPBELL e GRAHAM, 1991; VAISSMAN, 2004; LIMA, 2008).

Reis e Rodrigues (2003) apresentaram um estudo com objetivos de estimar a prevalência de uso de substâncias psicoativas no Hospital Geral Universitário de São Paulo, Brasil, com vítimas em situações de trauma. Tem-se um resultado bastante significativo para o uso do álcool. Em uma população de 353 pacientes admitidos com trauma não-fatal, 115 (32,57%) apresentaram resultado positivo no teste do bafômetro. Este resultado foi comparado ao teste de uso de maconha que foi de 13.6%; teste de uso de cocaína com 3.3% e 4.2% com teste de uso de barbitúricos. Fato que é notório e muito se sabe pelos meios de comunicação da violência na sociedade atual.

Resultados como os encontrados Ramos e Fernandes (2003) no período de 1995 a 1999 demonstraram a relação do alcoolismo com a violência entre trabalhadores. No período estudado, ocorreram dez mortes entre trabalhadores de uma instituição, sendo todas elas determinadas, direta ou indiretamente, por atitude violenta de sujeitos consumidores de álcool. Outro estudo, realizado no município de Marília, São Paulo, Brasil, em 2004, refere que, pelo menos 20% dos óbitos ocorrido devido a causas externas apresentou CAGE (*Chronic Alcoholism General Evaluation*) positivo, indicando a presença do álcool associado à morte (SANTOS, 2009). O CAGE é o instrumento de detecção de problemas relacionados

ao uso de álcool (CAGE), assim denominado, por conter em sua estrutura quatro questões relacionadas “Cut down”, “Annoyed”, “Guilty” e “Eye-opener”, realizando uma avaliação Geral de Alcoolismo Crônico através de um questionário simples de quatro perguntas que permite detectar o alcoolismo. Foi traduzido e validado no Brasil em 1983. (SEIBEL, 2010).

Um dos aspectos que vem sendo estudado atualmente é a relação entre consumo de álcool e os transtornos psicopatológicos. Os resultados se apresentam de forma estatisticamente significativa, no entanto, não é possível estabelecer uma relação causa-efeito, de maneira que as duas hipóteses acerca de causalidade entre os fenômenos podem ser igualmente corretas (SOLER e ROS, 2001).

Diante de tais aspectos, buscou-se neste estudo identificar as diferenças em termos de sintomas psicopatológicos apresentados por pessoas alcoólicas e não alcoólicas, bem como as diferenças entre os gêneros no que tange ao agravo. Abre-se, desta forma, a possibilidade de trabalho social e comunitário tendo em vista as notícias de incidência do consumo de substâncias tóxicas na comunidade, assim como o índice de atos violentos nas famílias e indivíduos da comunidade.

## **I PARTE**

### **REVISÃO TEÓRICA**

## 1 PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS SOBRE O ALCOOLISMO

“Qualquer cura tem duas faces: uma, digamos assim, demolidora, que desfaz as certezas cristalizadas da história que nos acua em sintomas que, à vista de nosso passado, parecem inelutáveis, e outra, construtiva, que nos permite reinventar ou modificar um pouco a história da qual seríamos fruto”.

*Contardo Calligaris*

O alcoólico não sabe por que bebe. O que sabe é que bebe para tentar sair de um conflito interior invisível. Apesar de muitos pensarem que o beber tem causas externas, ou seja, é proveniente de conflitos externos, o alcoólico, geralmente, tem um grande sentimento de insegurança, pensamento este que precisa ser constantemente anestesiado ou negado. (CAMPBELL e GRAHAM, 1991; VUCHINICH et al., 1981; MENNINGER, 1970).

Kusnetzoff (1982), ao discutir as questões psicopatológicas a partir da psicanálise, aponta para o fato de que os sintomas que se apresentam na atualidade em uma pessoa são fruto de uma situação histórica e de vivências infantis. A formação da personalidade ocorre ao longo caminho que o indivíduo percorre, principalmente quando ele se relaciona com as pessoas que lhe são próximas, ou seja, sua mãe, pai, os familiares e o entorno social e cultural que acompanha todo sujeito. Para o autor, “(...) um sintoma, ou um conjunto deles, é o produto final de uma complicada série de fatores e situações que aparecem *hoje*, mas que na realidade se originam em outro tempo e em outro lugar” (KUSNETZOFF, 1992, p. 22).

Para a Psicanálise, a formação da personalidade humana está atrelada aos conceitos de organização da sexualidade e sua importância na construção psíquica. A sexualidade é a formação – a partir de pulsões originadas da etapa oral até sua maturidade com a etapa genital – de organizações das sensações, excitações, cargas e descargas destas pulsões, que culmina na construção de personalidade, caráter e identidade de uma pessoa. Segundo Kusnetzoff (1982), a sexualidade infantil é composta por fragmentos que vão se organizando, se entrelaçando, até tornar-se todo um conjunto organizado.

A pessoa que consome álcool é ambivalente, tem atitudes conflitantes e confusas de amor e ódio, que foram contatadas através de observações empíricas resultantes de



entrevistas de anamneses realizadas com alcoólicos. Para Menninger (1970), os pais tendem a aumentar tremendamente a ambivalência dos filhos, mesmo sem a intenção de fazê-lo. São atitudes incoerentes que levam a criança a esperar mais satisfação do que os pais possam dar, ou que é possível, na realidade, dar. O autor refere ainda que mães excessivamente solícitas e protetoras, ou pais exploradores que promovem ou sufocam seus filhos com suas personalidades, provocam agressões das quais um dia, na vida adulta, a criança vingará a custo de si própria (MENNINGER, 1970).

Freud (1915/1980) afirma que os estímulos aplicados à mente são as pulsões, sendo estas diferentes dos estímulos fisiológicos. Estes surgem do exterior e atuam sobre a mente, enquanto as pulsões são estímulos internos. As pulsões são consideradas uma formação psíquica e a sua localização ocorre na fronteira entre o somático e o mental.

Kusnetzoff (1982), a este respeito, refere que a diferença entre a sexualidade infantil e a adulta é que a criança carece de uma diferenciação nítida entre excitação e satisfação, que seria referente aos efeitos da pulsão, enquanto o adulto normal consegue distinguir o lugar de origem de sua excitação.

A pulsão tem uma quantidade de força que é a essência da pulsão e, por este motivo, se afirma que a pulsão sempre é ativa e tende à descarga. Toda pulsão tem uma finalidade que é a satisfação, a descarga, que requer um objeto, ou seja, alguma coisa através da qual a descarga cumpre a sua finalidade de descarregar o excesso de quantidades energéticas (FREUD, 1915/1980). A fonte de uma pulsão está no corpo da pessoa, podendo ser na percepção e na sensação. Toda a pulsão tem um destino frente a sua atividade e tendência à descarga, definindo-se como oral, anal, fálica e genital as etapas ou estágios nos quais a fonte das excitações corresponde a determinada parte do corpo. A organização mental e sua conseqüente formação psíquica é o *plus* que se organiza a partir dos cuidados maternos e das vivências com as pessoas próximas e que cuidam da criança e a relação com as quantidades pulsionais.

Freud (1915/1980) afirma, ainda, que a pulsão poderá transformar-se no contrário, mudando o seu fim, retornando para a própria pessoa, ou seja, mudando o objeto para o qual deveria ser direcionado, provocando o recalçamento, organizando desta forma o aparelho psíquico e também se transformando em processo sublimatório.

Neste sentido, pode-se pensar que a força pulsional existente no indivíduo alcoólico é condutora do ato de beber. Ao estudar sobre alcoolismo e a relação com sintomas

psicopatológicos contatou-se altos indícios de situações com ocorrências fatais relacionadas ao consumo de álcool. Segundo Macfarlane, Macfarlane e Robson (2003), os dados da Associação Brasileira dos Departamentos Estaduais de Trânsito (ABDETRAN), em 1997, nas cidades de Salvador (BA), Recife (PE), Brasília (GO) e Curitiba (PR), apontam que mais de 60% das vítimas de trânsito estavam alcoolizadas. O álcool, portanto, é uma droga que está associada a acidentes fatais nos quais ocorre morte por colisão de veículos. O consumo do álcool também está associado a comportamentos violentos como abuso sexual, estupros, agressões e assaltos. O uso do álcool aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas e, em 90% das internações hospitalares por dependência, o álcool é a droga utilizada (MACFARLANE, MACFARLANE e ROBSON, 2003).

Melman (2000), refere que o sujeito alcoólico, por ter uma falha na castração, percebe nas suas relações um sentimento de que dar aos outros é como um corrimento hemorrágico. O alcoólico não sente que recebe dos demais algum retorno frente a esta sua doação, pondo em questão então o seu lugar, sua existência como sujeito, o seu suporte. Por esta razão o alcoólico sente-se constantemente ameaçado e beber é como uma inversão ao sentimento da hemorragia vivenciada; beber é a reparação do risco vital ao qual se sente exposto.

As evidências demonstram que existe um componente emocional ligado aos atos de autodestruição. Cassorla (1996) refere que as doenças são resultados da interação da pulsão de vida com a pulsão de morte, sendo esta última exacerbada. Sugere-se que as doenças psicossomáticas, as doenças infecciosas, o câncer e as doenças auto-imunes sejam motivadoras ou estejam na base do comportamento e dos componentes suicidas de cada pessoa. Para Freud (1915/1980), as pulsões de vida levam ao crescimento, ao desenvolvimento, à reprodução e à ampliação da vida. A pulsão de morte, por sua vez, luta para fazer o organismo voltar à inércia, ao inorgânico. Corroborando com a percepção Freudiana, Cassorla (1996) aponta que todos os seres humanos terminam morrendo, então é como se a pulsão de morte terminasse vencendo. Entretanto, a pulsão de morte, tendo como manifestação comportamentos de agressividade, também auxilia a pulsão de vida, pois a agressividade deve manifestar-se para que as pessoas lutem, sobrevivam e prolonguem sua vida. Quando existem conflitos muito intensos, a pulsão de morte fica exacerbada e se sobrepõe.

Almeida (2008), referindo-se a sabedoria dos Alcoólicos Anônimos (AA), diz que eles afirmam que o dependente estará pronto para se tratar quando chegar no “fundo do poço”. Segundo a autora, o “fundo do poço” de cada um pode variar desde uma exposição vergonhosa até a entrada no hospício ou no cemitério. Desta forma ocorre a aceleração da morte, ao invés da sua ocorrência de forma natural. Trindade (1996) assinala sobre a importância da função paterna como decorrência da delinquência juvenil, pois, a figura de um pai vagabundo, desempregado ou alcoólico, dentre outros comportamentos são achados importantes em famílias que apresentam indivíduos delinquentes juvenis.

Considera-se que o indivíduo alcoólico apresenta manifestações de agressividade contra si, como uma consequência do ato de beber. Sabe-se que a pulsão de morte manifesta-se nas doenças (como o alcoolismo), nos acidentes e nos atos de auto-extermínio. Cassorla (1996) e Werlang, Macedo, Krüger (2004), analisando a obra de Freud e suas relações com o tema do suicídio, destacam que o que dá margem à doença (melancolia) vai além de uma perda para a morte. No melancólico, o investimento erótico do objeto, por um lado regride à identificação e por outro é direcionado ao sadismo, sendo este o “enigma do suicídio”. Kusnetzoff (1982), complementando os estudos de Freud (1915/1980), indica que o erotismo e agressividade são encontrados na fase da analidade, sendo a primeira tendência a de destruir e a segunda de conservar o objeto a fim de obter o controle sobre ele. A pulsão anal dá origem aos aspectos psicopatológicos de sentimentos de onipotência e superestimação narcísica e também às condutas de provocação ativas e agressivas sobre os objetos exteriores que muitas vezes resultam em respostas ao próprio sujeito, sendo este então provocado e agredido.

Ao embriagarem-se os alcoólicos rumam ao suicídio, pois beber é uma fuga suicida à doença (CAMPBELL e GRAHAM, 1991, VAILLANT, 1999, VESPUCCI, 2000).

São constatadas, nos casos de alcoolismo, condutas de desproteção, autodestruição e morte. No Brasil, a utilização de bebidas alcoólicas por pessoas muito jovens demonstram que existe uma indulgência familiar para o uso do álcool por adolescentes. Pais e irmãos consomem e são permissivos quanto ao seu uso, e este fator gera um “defeito” no superego e secundariamente surge a dependência psicológica e farmacológica, uma vez que as frustrações do ego tendem a aumentar (EDWARDS et al., 1998).

Quando o ser humano está frustrado, impotente e com raiva, sente prazer em imaginar a reação dos outros a sua própria morte, afirma Cassorla (1998). Para o autor, esse

mecanismo que é um componente agressivo no qual existe a necessidade de vingança e de causar sofrimento nos outros é intenso no suicida. A agressão também é manifestada quando as pessoas são abandonadas pelos suicidas ou ficam bilhetes e cartas acusando pessoas ou fazendo-as sentirem-se culpadas, pois nestes casos não é possível se manifestar para aquele que fez as acusações. A morte está sempre presente, tentando atacar a vida. Conforme Cassorla (1998), ao prestar atenção na psicopatologia da vida cotidiana, pode-se perceber e constatar como as pessoas complicam suas vidas de modo desnecessário.

A conduta autodestrutiva é o resultado da maior intensidade da pulsão de morte. Pessoas acidentam-se em estradas em boas condições, contraem doenças mesmo sendo bem alimentadas ou são assaltadas com mais facilidade porque, por engano, deixam suas casas abertas e automóveis desprotegidos, mesmo estando cômescios dos riscos caso não redobrem cuidados (EDWARDS et al., 1998).

Nas pessoas alcoólicas pode-se observar em manifestações e comportamentos frente ao álcool a pertinência dos aspectos pulsionais mortíferos representados pelas repetições com fins destrutivos. Laplanche (1980) e Werlang, Macedo e Krüger (2004) destacam que a pulsão de morte está ligada à compulsão de repetição e ao Princípio de Nirvana. Também Vespucci (1999) refere que no alcoolismo o quadro evolui para a loucura ou a morte. Segundo o autor, é importante destacar que o alcoólico bebe socialmente, bebe para aliviar a tensão depois do trabalho, bebe para se tranquilizar antes de realizar uma tarefa importante, bebe para se encorajar frente ao sexo oposto. Bebe antes das refeições, antes de ir a uma festa, mesmo que saiba que na festa haverá bebidas. O alcoólico bebe durante e depois de qualquer evento, seja casamento, aniversários, reunião com amigos ou velórios.

Tais aspectos podem ser compreendidos através dos ensinamentos de Freud (1920/1980) que ao discorrer sobre a pulsão de morte e pulsão de vida, destaca as questões da relação do prazer *versus* desprazer. A quantidade de energia que se acumula psiquicamente tende a descarga para o alívio e, conseqüentemente, a sensação de prazer. Quanto maior a excitação psíquica, maior é o desprazer sentido, e a descarga é o alívio desta tensão que é sentida, então, como prazer. O funcionamento do aparelho psíquico é regulado pelas cargas e descargas sempre tendendo ao princípio de constância que é o equilíbrio entre as forças. A pulsão de vida surge dentro das pessoas como provocadora de tensões e rompedora da paz, enquanto a pulsão de morte é discreta e efetua seu trabalho de forma “muda”. Freud (1920/1980) refere ainda que o aparecimento de prazer e desprazer nos processos excitatórios

do psiquismo humano está presente no processo secundário e no primário, portanto prazer e desprazer podem ser sentidos quando a energia psíquica circulante é livre ou quando ela é ligada ou vinculada.

Em um estudo realizado por Mendes (1989) verificou-se que a maioria dos sujeitos que consome álcool ou drogas passou do consumo eventual para o desenfreado quando vivenciaram uma situação de luto, sendo 50% dos casos representado pela morte do pai e o restante devido à morte da mãe ou de pessoas muito próximas. O aborto também é sentido como perda e tem relação com o consumo de drogas.

Mendes (1989) salienta, ainda, outra questão sobre a influência do luto em relação ao alcoolismo, referindo que o luto pode também estar representado pela desidealização do pai, mesmo que este não seja falecido. O drogado é uma pessoa enlutada de pai vivo ou de um pai perfeito que nunca teve.

Ainda no que se refere à relação com a figura paterna, pode-se verificar, segundo estudo de Pereira (2005), que os alcoólicos estavam identificados com o alcoolismo do próprio pai, sendo este um traço marcante do progenitor masculino. Para a autora, esta identificação ocorre na vertente do “pai do gozo” e não do “pai da lei”. Os alcoólicos estariam submissos, numa posição de desejo passivo-masquista. O sujeito alcoólico está em uma posição de objeto do pai. Podemos acrescentar a estas considerações as de Bauer (1982) ao referir que para mulheres alcoólicas, a imagem paterna é sentida como inflada e idealizada para compensar os sentimentos e impressões de uma mãe negativa.

Outra questão bastante na compreensão do alcoolismo, e comumente evidenciada, é a melancolia. Os textos freudianos referentes à melancolia indicam que este é um sentimento em que a pessoa melancólica sente a perda de algo. Não necessariamente é a perda de alguém, de alguma pessoa, mas um sentimento de perda diferente do sentimento relacionado ao luto. No luto, a pessoa que sofre a perda sabe quem perdeu e tem a consciência desta perda, e inicialmente supervaloriza a pessoa que morreu. Na melancolia, mais do que a perda de uma pessoa que possa ter morrido, o melancólico sente a perda de um ideal, e este sentimento não consegue ser nomeado, pois advém de uma sensação relativa não a quem, mas ao que foi perdido (FREUD, 1920/1980). A melancolia é uma patologia na qual o ego é que se empobrece sendo destacado como incapaz, desprezível, intensificando-se um delírio de inferioridade. Na melancolia observa-se que os pacientes se autodegradam, não ocorrendo correspondência em suas justificativas. Segundo Freud (1917/1980), no

melancólico uma parte do ego se coloca contra a outra, tomando-a como seu objeto e a criticando. As recriminações que o sujeito faz aparentemente a outrem são recriminações a uma parte de si, fruto do deslocamento do objeto sobre seu próprio ego.

Sendo assim, pode-se dizer que os aspectos psicopatológicos do alcoolismo provavelmente estão relacionados a uma estrutura considerada precária na qual se instalam, em cada um dos indivíduos alcoólicos, a relação entre o ato de beber e os motivos que o sujeito encontra para justificar este ato. Este pode passar por situações ou dificuldades das mais variadas em relação aos seus objetos primários, ao meio cultural e de sociedade no qual está inserido, e nas diferentes formas como ao longo de sua trajetória de vida estabeleceu a forma de lidar com seus conflitos. Homens e mulheres sob diferentes aspectos, tanto no sentido de gênero como na maneira de responder aos traumas, se revelam ora de forma semelhante, quando observados seus comportamentos, ora de forma muito diferente quando, se observa com mais acuidade. O que se entende, entretanto, é que a origem desta patologia e seus sintomas estão nas raízes históricas de cada bebedor.

## 2 ALCOOLISMO

“... embora o álcool esteja sempre envolvido no alcoolismo, esta droga não pode ser considerada a causa desta condição. O alcoolismo está dentro do homem, e não dentro da garrafa (...) é uma descrição viva do relacionamento entre o álcool e o alcoolismo.”

*Oswaldo da Rocha Michel*

### 2.1 Álcool, Sociedade, Cultura e Rituais.

Ao longo da história do homem existem inúmeros registros sobre a utilização de substâncias inebriantes ou embriagantes como o álcool. Esta relação existe desde a remota época do homem de Neandertal, há 60 mil anos. Através de descobertas antropológicas, já no tempo das cavernas podiam ser observados indícios do uso e consumo de bebidas alcoólicas como utensílios, plantas e inscrições que revelam o hábito de beber. O álcool é uma substância embriagante que produz, em uma primeira fase, excitação cerebral, dando lugar à depressão desta excitação e podendo chegar até o ponto de inconsciência (SEIBEL e TOSCANO Jr., 2006; LIMA, 2008).

“O sistema nervoso central (SNC) é o órgão mais rapidamente afetado pelo álcool quando comparado a qualquer outro órgão ou sistema. O álcool causa sedação, diminuição da ansiedade, fala pastosa, ataxia, prejuízo da capacidade de julgamento e desinibição do comportamento. Muitas pessoas pensam que o álcool é um estimulante, entretanto como outros anestésicos gerais, o álcool é um depressor do SNC”. (OGA, S; CAMARGO M.M.A; BATISTUZZO, J. A. O., 2008, p.394).

Desde tempos remotos, os homens têm rituais dentro da cultura que se expressam no convívio social. Pharmakós e Phármakon têm sua origem na Grécia antiga. O primeiro era o bode expiatório, um animal que era sacrificado para a cura ou purificação do ser humano. Ao longo do tempo, Pharmakós evolui para o Phármakon que era o remédio ou veneno que auxiliava nas dores do corpo e da alma. Nesta ligação entre Pharmakós e Phármakon está a utilização de bebidas alcoólicas. Quanto ao álcool, o termo al-kuhl vem do árabe e significa essência, corpo leve, sutil, espiritual (ZANATTA, 1999; SEIBEL e TOSCANO Jr., 2001; LONGENECKER, 2002).

Conforme referido anteriormente, os registros da utilização do álcool estão contidos na história dos povos primitivos, das religiões, da medicina e passam pelas situações políticas e econômicas, antes mesmo do surgimento da escrita. Sementes de plantas que dão origem ao álcool foram encontradas em lugares inóspitos da terra, tendo estado conservadas há milhares de anos. Na era do Paleolítico, antes de 8.000 a.C., na região aonde hoje se encontram a Dinamarca e Inglaterra há indícios do uso de Hidromel (bebida alcoólica fermentada a base de água e mel). Já no período do Neolítico, por volta de 6.400 a.C., sabe-se do fabrico de cervejas e vinho de bagas. No período Clássico, 400-300 a.C., passaram a ser fabricados vinhos de uvas. A fabricação e consumo de licores, por sua vez, datam da Idade Média, em torno de 1250 d.C. (LONGENECKER, 2002).

Siebel e Toscano (2006) referem que por meados do século 20 a.C. o vinho passa a ser conhecido pelos sumérios. Egípcios, gregos, romanos e chineses receitavam o vinho para estimular o apetite, como antibacteriano e até para problemas psíquicos. Em 536 a.C. no Talmude, que é um conjunto de ensinamentos judaicos, em 400 a.C. no Velho Testamento Cristão, e no século I d.C. no Novo Testamento, encontraram-se indicações e atribuições terapêuticas ao vinho como sedativo e anti-séptico. Foi encontrado descrito o uso do vinho em antiga obra da medicina indiana datada do ano 1000, o Charaka Samhita. Na China, em 1766-1122 a.C., o vinho era misturado com plantas, minérios e animais.

Com Hipócrates, as drogas deixaram de ser parte do sobrenatural para ser substâncias que se integravam à natureza humana, pois enfermidade e cura eram parte do processo natural da vida, sendo consideradas agentes terapêuticos, citadas pelo código sanitário da escola chamado “Regimen Sanitatis Salertinum”. Louis Pasteur (1822-1895), por sua vez, considerava o vinho a mais saudável e higiênica das bebidas.

O vinho é uma bebida que ao longo dos anos tem sido alvo de estudos relacionados à saúde. Em 1870 foi feito o primeiro estudo fisiológico do vinho e, em 1926, sobre álcool e longevidade. Apesar do movimento antiálcool nos EUA e da Inglaterra ter retirado o vinho da farmacopéia, muitos estudos continuaram sendo realizados. No ano de 1957 foram verificados os efeitos do vinho no colesterol e, em 1961, analisada a ação dos polifenóis do vinho tinto como reguladores do colesterol. Por volta de 1992, na França, foi realizado um estudo sobre a relação da ingestão do vinho e a longevidade, e, entre 1992-2001 estudos buscaram conhecer as propriedades terapêuticas do vinho para problemas cardiovasculares (LONGENECKER, 2002). No século XX, porém, surgiram novas drogas



como as vitaminas, os antibióticos e antidepressivos, os quais contribuíram para o enfraquecimento da utilização do vinho na medicina (SEIBEL e TOSCANO, 2006).

Independentemente da época, o que se sabe é que o consumo da bebida alcoólica mistura-se à cultura nas suas crenças, valores e conceitos. O álcool é, na grande maioria das culturas, uma droga lícita, sendo utilizada nas comemorações sociais, religiosas e vitórias esportivas, muitas vezes sem restrição de consumo. Hospitalidade e sociabilidade são demonstradas e influenciadas pelo consumo do álcool, assim como as amizades, os problemas, os negócios, a redução da tensão, o aconchego perpassam pelo uso do álcool, no dia a dia das culturas. O álcool também está presente nas celebrações religiosas, como no caso do vinho. Comercialmente a produção de bebidas alcoólicas torna-se mais sofisticada, atendendo além de homens, as mulheres e os jovens, o que poder ser constatado, inclusive, através das propagandas que hoje uma importante contribuição para o aumento do consumo de bebidas alcoólicas (PINSKY, 1999; PINSKY e BESSA, 2004; LIMA, 2008).

A cultura do álcool está ligada à cultura da planta que lhe dá origem, desta forma, tem-se que na região norte ocidental da Europa, da produção de aveia e centeio deriva o uísque. As plantações de cevada e videira características da região ocidental mediterrânea geram a produção de vinho e cerveja. No Brasil, a produção de cana de açúcar no nordeste gera a produção de cachaça. (SEIBEL e TOSCANO, 2001).

É através da fermentação ou destilação de frutas, cereais, leite, folhas e raízes, que se obtém o álcool. A destilação do álcool foi inventada no ano de 1225, tendo os cruzados, trazido da Arábia os segredos da destilação. O álcool, juntamente com as outras substâncias que se conhece surgiu com propósito de alívio e cura, ligados à obtenção de prazer e felicidade, sendo o álcool e opióides considerados os sedativos mais antigos (SEIBEL e TOSCANO, 2006; LONGENECKER, 2002).

O alcoolismo foi tratado como uma doença pela primeira vez em 1804, na obra de Thomas Trotter, *“Essay Medical Philosophical And Chemical On Drunkenness”*, que descreveu o hábito de se embriagar como uma doença mental. O alcoolismo passa a ocupar o lugar daquilo que apareceria como doença da mente em contraposição à idéia de vício (EDWARDS, MARSHALL E COOK, 2005; VAISSMAN, 2004; SEIBEL e TOSCANO Jr., 2006).

Com Norton Jellinek, a definição de alcoolismo foi reestruturada e o comportamento do alcoólico passou a ser classificado como doença, o que gerou uma noção

de repercussão negativa e social. Jellinek define o alcoolista todo o indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas pudesse prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos, e categorizou o alcoolismo como doença, tendo como base a quantidade de álcool consumida. (HECKMANN W.; SILVEIRA, 2009, p. 68)

Em 1956, a Associação Médica Americana declarou que o alcoolismo era uma doença. Hoje, o alcoolismo encontra-se na décima revisão da CID (Código Internacional de Doenças) no capítulo referente aos transtornos mentais e do comportamento. Afirma-se que uma pessoa está acometida, ou é considerada alcoólico, quando ela não tem condições de prever quanto, nem como ou em que ocasião irá consumir álcool (NÓBREGA, 1996).

Ao estudar sobre alcoolismo percebe-se que não há uma etiologia específica, não existe um limite nítido que separa o alcoólico daquele que bebe em excesso. O beber normal pode confundir-se com o beber patológico. Muitas vezes o beber excessivo confunde-se com o beber reativo, ou seja, beber frente a uma situação grave que provoca distúrbios psicológicos e situacionais. Segundo Gigliotti, Carneiro, Aleluia (2008), analisando a questão do limiar da dependência, referem que este

“não ocorre de modo linear e determinista. Trata-se de uma evolução sutil que vai da possibilidade do controle até a progressiva dificuldade culminando na capacidade de manter o consumo controlado. É justamente ao longo deste processo que as ligações da pessoa com a substância tornam-se algo marcante significativo, com registros de tal gratificação que se torna resistente a tentativa de suspensão” (p.98).

É o número e a variedade de sintomas, assim como a diversidade de problemas associados ao consumo de álcool que tornam a pessoa um alcoólico. (VAILLANT, 1999; SEIBEL e TOSCANO Jr., 2006; EDWARDS, MARSHALL E COOK, 2005)

Conforme Kern-Correa et al (2003), em seus estudos referente a sociabilidade e relações interpessoais, de acordo com o gênero, verificaram, entre outras questões que:

<b>Homens</b>
- a maioria dos homens tinha menos de 35 anos de idade; bebiam nas refeições e no trabalho;
- sofriam mais conseqüências sociais, clínicas, legais e ou familiares que os sujeitos que não ingerem álcool e tiveram mais ajuda para parar de beber;

- eram fumantes;
- os homens que bebiam muito (pesado) referiram achar mais fácil falar de sentimentos e ter atividades sexuais mais prazerosas quando sob efeito de álcool;
- relataram ter sido forçados a observar atos sexuais por pessoas que não pertenciam à família.
<b>Mulheres</b>
- a maioria das mulheres refere que se sentia sozinha;
- relataram ser muito criticadas por beberem;
- referem que foram influenciadas por amigas para iniciar a beber.

**Tabela 1.** Questões relacionadas ao alcoolismo em relação ao gênero

Os mesmos autores referem, ainda, que a pesquisa aponta dados sobre o fator de proteção que é não beber em festas e não ter um (a) companheiro (a) que bebe demais sendo o ato de beber considerado um fator de risco 8,7% vezes maior para os homens do que para as mulheres (KERN-CORREA et al, 2003).

Os rituais e os aspectos sociais em relação ao consumo de álcool ocorrem com adolescentes ou adultos de todas as etapas. Araújo (1995), ao pesquisar sobre expectativas e experiências de adolescentes frente aos efeitos do consumo de álcool, refere que os adolescentes seguem uma lista de vantagens que os levam a consumir álcool. Os adolescentes afirmam que apresentam melhor desempenho em atividades sociais como “desinibir”, “ficar alegre” e “aproveitar a festa”. Também referem que o consumo de álcool diminui os sentimentos desagradáveis: “esquecem os problemas” e “diminuem suas tristezas”. A autora indica que rapazes abstinéios são pressionados por outros rapazes a beberem, sendo inclusive questionados quanto a sua masculinidade pelo fato de não beberem. As meninas, por sua vez, são menos pressionadas que os rapazes, não sendo discriminadas por serem abstinéias, pelo contrário, o que ocorre, muitas vezes é a valorização do ato de não beber. Araújo (1995) acrescenta ainda que, desde a infância, a influência mais ampla e decisiva em relação ao álcool é o fato de que beber mostra que a pessoa é adulta, pois em nossa sociedade é esperado que somente o adulto consuma bebida alcoólica.

Da mesma forma, o alcoolismo em sua relação com o trabalho leva o indivíduo ao absenteísmo, ao baixo desempenho, à estagnação profissional e ao desemprego. Estas conseqüências se agregam à desestruturação da família porque geram dificuldades de

relacionamento entre o casal e com os filhos, estando associado ainda às dificuldades econômicas (RAMOS e BERTOLETE, 1997; VAISSMAN, 2004).

As questões culturais perpassam as relações entre os trabalhadores, assim para Pacheco (1999, p. 197) “conotação de virilidade, associada ao trabalho, faz com que a percepção de um abalo na saúde e a ocorrência de doenças sejam vivenciadas pelos homens como fracasso pessoal (...)”. Desta forma a concepção do alcoolismo está investida de cunho moral mais intenso do que pode ser atribuída às doenças de um modo geral. Para a autora, se nas primeiras manifestações do problema com álcool no contexto do trabalho o homem foi percebido como “festeiro”, com o agravamento dos problemas como os sucessivos afastamentos por licenças ou faltas ele passa a ser reconhecido como um doente.

Considera-se, portanto, que ao encontrarmos ao longo da história do homem registros e marcas sobre o consumo de substâncias, estas fizeram parte da vida cotidiana, das comemorações e dos rituais. As drogas eram utilizadas de forma lúdica, como alívio de males do corpo e das pressões sociais. O ser humano continua utilizando substâncias tendo controle sobre elas, mas também se tornando dependente, o que faz alterar o seu funcionamento individual, psíquico, social, produtivo, afetivo e cultural.

## **2.2 O Alcoólico**

A pessoa que está se tornando dependente do álcool é aquela que necessita ingerir mais quantidade de álcool para sentir-se bem ou para ter os mesmos efeitos anteriores. Consumir repetidamente o álcool induz à tolerância e o aumento das quantidades soma efeitos agudos e crônicos que podem ser constatados pela dependência física, ocorrendo lesões nos órgãos como decorrência do consumo excessivo. A ressaca é uma evidência de que foi ingerida uma quantidade de álcool maior do que deveria, logo, o bebedor que cura a ressaca ingerindo mais bebida alcoólica não está mais bebendo pelo prazer da bebida, mas para aliviar os sintomas provocados pela falta do álcool no organismo.

O consumo do álcool passa a ser cada vez mais cedo durante o dia para que o desconforto possa ser aliviado. A perda do controle voluntário sobre o ato de beber é uma causa necessária e suficiente para grande parte de distúrbios sociais, psicológicos e físicos das pessoas alcoólicas. A necessidade de beber é para reduzir os sintomas físicos e psicológicos, sendo assim, atribuída-se à compulsão o ato de beber provocado pela necessidade subjetiva.

Os autores afirmam que os sintomas psicológicos também ocorrem nas abstinências, e o beber é necessário para alívio destes sintomas que são resultantes de conflitos psíquicos (VESPUCCI e VESPUCCI, 1999; VAILLANT, 1999; LARANJEIRA e PINSKY, 2001; LONGENECKER, 2002).

Conforme Melman (2000), o humor do alcoólico varia e o ciclo de variação é rápido, indo da expansão eufórica e megalomaníaca à depressão suicida. Esta depressão é manifestada através de sentimentos que alimentam a culpabilidade e sentimento de indignidade. O autor entende que esta curva no humor do alcoólico não é simultânea à da embriaguez e da abstinência. O álcool é um medicamento do superego, tendo efeitos farmacodinâmicos inversos, como os tóxicos em geral. Uma tal dicotomia do espírito é homogênea ao maniqueísmo rudimentar que parece organizar o mundo para o alcoólico: assim, reencontramo-la dividindo o espaço em um “fora” fraterno e cativante e um “dentro” familiar repulsivo.

A dependência do álcool é uma combinação de vários fatores, não existindo um fator determinante. O conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é o da Síndrome de Dependência do Álcool (DAS). A DAS é diagnosticada de acordo com a psicopatologia do beber e pelas conseqüências resultantes do consumo. A dimensão que os efeitos do beber atingem permite que se considere a problemática como Síndrome de Dependência do Álcool (LARANJEIRA e PINSKY, 2001). Segundo Edwards, Marshall e Cook (2005), a dependência está implicada como relacionamento alterado entre a pessoa e a bebida.

Um homem ou uma mulher podem começar a beber por muitas razões. Quando a pessoa se torna dependente, muitas destas razões podem ainda continuar vigorando, não sendo necessariamente apagadas ou neutralizadas pela dependência sobreposta (EDWARDS, MARSHALL e COOK, 2005, p.55).

A Síndrome de Dependência do Álcool é detectada quando o indivíduo necessita do álcool para alívio dos sintomas causados pela abstinência, ou seja, pela redução do consumo (FOCCHI et al, 2001; LARANJEIRA e PINSKY, 2001; EDWARDS, MARSHALL E COOK, 2005). Os autores assinalam, ainda, que o indivíduo dependente apresenta estreitamento do repertório do beber, ou seja, passa a beber ao longo do dia. A pessoa quando está doente gira em torno da busca pelo álcool fora dos momentos e locais adequados ao uso da bebida, assim como nos horários de trabalho ou mesmo antes de dirigir. O beber estende-

se ao longo do dia e, nos casos de maior gravidade, o álcool é utilizado já pela manhã. Devido ao consumo excessivo ocorre um aumento da tolerância do indivíduo ao álcool, sendo necessário aumentar a dose para que se produza o efeito desejado. Os sintomas de abstinência apresentam-se com frequência, sendo inicialmente leves, e, portanto, não produzindo grande incapacitação. Na medida em que a dependência se torna mais grave, os sintomas apresentam-se mais intensamente passando a produzir incapacitações para a vida cotidiana, que podem ser percebidos através de sintomas físicos, afetivos e sensoperceptivos.

<b>SINTOMAS</b>		
<b>Físicos</b>	<b>Afetivos</b>	<b>Sensoperceptivos</b>
Tremores	Ansiedade	Pesadelos
Náuseas e vômitos	Irritabilidade	Ilusões
Tonturas	Fraqueza	Alucinações auditivas
Sudoreses	Inquietação	Alucinações táteis
Cefaléias	Labilidade afetiva	Alucinações visuais
Câimbras	Depressão	Alucinações gustativas

**Tabela 2.** Sintomas de abstinência - Adaptado de LARANJEIRA e PINSKY, 2001; FOCCHI et al, 2001; EDWARDS, MARSHALL e COOK, 2005.

O alcoólico pode ser confundido com um bebedor pesado, sendo necessário um exame bem detalhado para a realização do diagnóstico (VESPUCCI e VESPUCCI, 1999; EDWARDS, MARSHALL e COOK, 2005). O ato de beber não pode ser diferenciado no alcoólico e no bebedor comum por uma observação descuidada, pois as formas de agir após beber, a quantidade de álcool e a frequência com que a pessoa bebe são semelhantes e não determinam diferença entre um alcoólico e o bebedor pesado. Laranjeira e Pinsky (2001) também referem que o alcoólico apresenta um comportamento frente ao dia seguinte ao porre que não o distancia do álcool. Enquanto o bebedor comum repugna o álcool, toma água, se hidrata, toma analgésico e alivia a dor de cabeça, o alcoólico busca o álcool para aliviar seus sintomas. Segundo Vaillant (1999), estatísticas apontam para a quantidade e não a especificidade dos sintomas apresentados pelo bebedor que definem o alcoolismo. Segundo o autor,

(...) existem múltiplos fatores que conduzem à dependência do álcool, assim como à hipertensão. O ponto no qual alguém escolhe intervir na cadeia sequencial de uma doença é, usualmente, aquele que governa como nós rotulamos o distúrbio (VAILLANT, 1999, p. 27).

Ele acrescenta ainda que “(...) para conceitualizar o alcoolismo é que não há nenhum limite nítido que separe o alcoólico do bebedor excessivo. Uma pessoa, supostamente, tem ou não tem a doença; o diagnóstico deveria depender de sinais e sintomas e não de julgamento de valores” (p.27). O álcool, portanto, faz parte da vida da pessoa alcoólica e sua ausência não significa que ele não faça parte da sua vida e que esta gire em torno dele, não havendo, portanto, a possibilidade de parar de beber.

O bebedor-problema é um forte candidato a contrair a doença do alcoolismo sendo que a família e o emprego do bebedor-problema estão constantemente ameaçados, pois ele cria situações desagradáveis e de risco. O alcoólico tem, na maioria dos casos, suas ações estruturadas em torno do álcool, portanto seus aspectos físicos, sociais, culturais, econômicos, emocionais e psíquicos estão voltados para o ato de beber. Remoer compulsivamente lembranças sobre o álcool é uma das constatações sobre o envolvimento da pessoa que bebe com a bebida (CAMPBELL e GRAHAM, 1991; VESPUCCI e VESPUCCI, 1999; VAILLANT, 1999; EDWARDS, MARSHALL e COOK, 2005).

Segundo Macfarlane (2003), as pessoas que se habituem ao álcool cedo são mais propensas ao uso de drogas ilegais. Considera que o tipo de personalidade que aprecia o álcool pode também apreciar os efeitos de outras drogas, o que corrobora as constatações dos estudos de Vaillant (1999).

Oliveira et al (2003) encontraram, em pesquisa realizada sobre o sono de dependentes de álcool, dados que estabelecem a relação entre a quantidade de bebida alcoólica ingerida e a qualidade do sono, sendo que, no período da abstinência, quanto maior a quantidade de álcool ingerida melhor qualidade do sono dos pacientes alcoólicos. A mesma autora, em pesquisa sobre o *craving* e a dose de benzodiazepínico utilizada para desintoxicação com pacientes alcoólicos internados, encontrou que, quando o consumo de álcool é maior, o *craving* é aumentado quando o alcoólico encontra-se fase inicial de abstinência e que os benzodiazepínicos não são efetivos mesmo que em doses mais elevadas. Edwards, Marshall e Cook (2005, p. 60) afirmam que “estímulos para o *craving* podem incluir sensação de intoxicação, abstinência incipiente ou completa, alterações do humor

(raiva, depressão ou euforia) ou estímulos situacionais (estar em um bar ou com um amigo bebedor)”.  
.

O alcoolismo está ligado a fatores psicológicos nos quais se identificam características de estruturas psíquicas associadas ao consumo do álcool . Pessoas com quadros depressivos como desânimo, visão negativa da vida, irritabilidade, excesso ou falta de sono e sem vontade de fazer qualquer coisa, consomem álcool com maior frequência. A depressão e o alcoolismo ficam associados, dificultando saber o que ocorre primeiro. Em mulheres deprimidas é comum a associação ao consumo do álcool. Se elas ficam sós em casa costumam beber sem que os parentes saibam (LARANJEIRA e PINSKY, 2001). Jaber Filho e André (2002) referem que após o tratamento para o alcoolismo os sintomas depressivos diminuem em doentes alcoólicos, entretanto, há casos em que mesmo estando abstinente, o paciente apresenta alto índice de depressão. Álvarez (2006) encontrou dentre os fatores de risco que favorecem a recaída do alcoolismo, os estados emocionais negativos como ansiedade, depressão e raiva.

Considerando-se o alcoolismo das mulheres, Cardinal (1991) entende que as transformações do estereótipo feminino geraram uma multiplicidade de escolhas profissionais e sociais para as mulheres. Em se tratando de dependência do álcool, o autor refere, entretanto, que estas são causas indiretas sobre a dependência das mulheres. O acréscimo das psicopatologias, das fármaco-dependências e do alcoolismo nas sociedades ocidentais está ligado às dificuldades vinculadas ao papel das mulheres, que são solicitadas a consumir álcool e drogas na mesma proporção que os homens quando compartilham uma posição sócio-profissional idêntica à deles. O autor refere, ainda, que os questionamentos das mulheres de meia idade frente às aspirações e sonhos da juventude para os quais não encontram respostas e a autocrítica sobre a imagem que têm e que aspiram ter, geram ansiedades. As mulheres então recorrem aos medicamentos e ao álcool para diminuir a ansiedade causada, visando modificar as atitudes que consideram indesejáveis (CARDINAL, 1991).

Bauer (1982), por sua vez, discorrendo sobre o alcoolismo e as mulheres, afirma que estas são tratadas como entidades à parte ou ignoradas. Quando as mulheres são reconhecidas como dependentes do álcool passam por mais frágeis, mais imorais ou mais doentes que os homens. A mulher que bebe em excesso é considerada perversa e não uma alcoólica.



No tocante aos consumidores do sexo feminino, nossa sociedade deprecia as mulheres que bebem demais. Estas, por sua vez, demonstram intensa vergonha ao relatar que bebem (CAMPBELL e GRAHAM, 1991).

Estudo realizado por Mendes (2000) que investiga condições afetivas em mulheres alcoólicas encontrou que mulheres alcoólicas apresentam índice de ansiedade maior do que as não-alcoólicas. A depressão e a baixa tolerância à frustração também aparecem nesta mesma proporção. As condições objetivas e emocionais reveladas aparecem como prejudicadas, o que demonstra prejuízos significativos sob o ponto de vista estrutural de suas personalidades. Sendo assim, segundo a autora, ocorrem prejuízos na capacidade de controle geral, assim como no estabelecimento de relacionamento interpessoal em comparação com as mulheres não-alcoólicas.

Os indivíduos alcoólicos negam com frequência a responsabilidade por seu alcoolismo, atribuindo as causas a fatores externos. Mesmo quando são flagrados bêbados, os alcoólicos, quando conscientes, referem que é apenas um “probleminha” (CAMPBELL e GRAHAM, 1991; VUCHINICH et al, 1981). Referirem-se à bebida em termos diminutivos foi um comportamento do alcoólico descrito por Pacheco (1999) ao discutir os aspectos de iniciação no mundo masculino, no qual o álcool é um componente importante. Os alcoólicos pesquisados referiam-se a sair com amigos e tomar “uma cervejinha”, “um uisquezinho” ou “um aperitivozinho”.

O alcoolismo é um exemplo de uma tentativa de corrigir a castração pela relação de oralidade, onde não há nenhum limite. Para Melman (2000), o objeto que se trata ao pensarmos o alcoolismo é o falo, por isso deveria ser uma patologia mais facilmente compreensível do que as toxicomanias. O gozo no alcoolismo não é guiado pelo limite da castração. Os rituais fálicos do alcoólico são tolerados socialmente ao passo que nas demais drogas, mesmo leves, não existem registro de algo que possa ser conectado no contexto social.

As questões sintomáticas dos dependentes e usuários do álcool foram constatadas através da amostra composta por 30 pacientes, com idades entre 20 e 65 anos, internados por dependência por álcool em um estudo das relações entre fobia social e dependência de álcool. Em resultados preliminares, de acordo com Bittencourt e Souza (2003), foi verificada a expressiva ocorrência de Fobia Social (41,66%). A presença dos sintomas foi descrita antes do histórico da dependência do álcool em 40% dos pacientes. Verificou-se que 66%

apresentaram dependência grave do álcool, 30% apresentaram grau moderado de ansiedade e 46,66% depressão leve. Estes achados corroboram as afirmações de Jaber Filho e André (2002), de que o transtorno de ansiedade influi no desenvolvimento do alcoolismo. Os autores referem ainda que pessoas que apresentam distúrbios fóbicos têm duas vezes mais possibilidades de serem alcoólicos, enquanto pessoas com distúrbios do pânico têm quatro vezes mais possibilidades de tornarem-se dependentes do álcool.

As comorbidades das pessoas que bebem são estudadas e relacionadas em pesquisas como o de Rassi e Fernandes (2003), que analisaram o perfil de pacientes internados por dependência do álcool e outras drogas e que desenvolvem atividades na Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM). Aos estudarem os 80 prontuários, encontraram que 20% dos pacientes eram do sexo masculino e tinham entre 30-40 anos. Neste estudo foi verificado que 42% dos pacientes homens apresentavam como comorbidade depressão. Constatou-se, também, a relação de estresse grave com sintomas persistentes de depressão, ansiedade e medo, irritabilidade, ideias paranóides e baixa auto-estima, inclusive após período de desintoxicação.

Segundo Bordin e Nicastrì (2003), um total de 23 pacientes compareceram semanalmente para tratamento de dependência química em clínica especializada. Em relação aos aspectos de sintomas psicopatológicos, o tratamento destes pacientes produziu a evolução da sintomatologia nos escores obtidos para depressão, ansiedade e desesperança. Cunha et al (1995), também pesquisando sobre depressão, alcoolismo e suicídio, afirmam que estes se associam de forma complexa. Segundo os autores, em alcoólicos, os critérios denominados “episódios de depressão”, “comunicação de intenção suicida” e “viver só” estão entre os fatores de risco de suicídio. Em alcoólicos, a condição de viver só é considerada como fator de risco ao suicídio, pois incrementa atitudes negativas acerca do futuro, na medida em que suscita efeitos significantes sobre a intensidade da depressão.

Em termos das repercussões do alcoolismo, tem-se que 50 a 70% dos alcoólicos apresentam problemas no sistema nervoso e 30% de doenças no fígado. Michel (2000) e Laranjeira e Pinsky (2001) assinalam que o alcoólico tem a memória e o raciocínio complexo diminuídos não conseguindo realizar plenamente o julgamento de situações difíceis. O fígado vai sendo deteriorado paulatinamente sem que o alcoólico perceba, já que o fígado não tem nervos que causam dor. As doenças hepáticas que acometem o alcoólico são: fígado gorduroso, hepatite alcoólica e cirrose.

Para Maciel e Lauar (2005), podem ocorrer pancreatite crônica, cardiomiopatia alcoólica e hipertensão. O álcool provoca sérios problemas no organismo de uma pessoa, como doenças no sistema nervoso, estômago, fígado, pâncreas, além de distúrbios nutricionais, alterações da imunidade e sociopatias. A desnutrição é uma das principais conseqüências do alcoolismo no organismo dos indivíduos. Fontes, Figlie e Laranjeira (2006), em estudo de seguimento, apontaram altos índices de mortalidade de pacientes alcoólicos em dois grupos. Um dos grupos era atendido em ambulatório especializado em alcoolismo e outro em ambulatório de gastroenterologia. Na amostra, ocorreram 15% de mortes, sendo que destas, 74,5% eram do ambulatório de gastroenterologia.

O alcoólico, à semelhança dos dependentes de drogas pesadas, se comporta ritualisticamente frente ao álcool. Nadvorny (2006) lembra que os alcoólicos reúnem-se sistematicamente nos mesmos bares com o fim de beber, contar bravatas e rir muito. Estes rituais tornam-se um hábito que se não for executado causa desconforto e ansiedade. Além do desconforto pela interrupção do hábito acrescenta-se, em muitos casos, o surgimento da síndrome de abstinência alcoólica.

No Brasil, os jovens estão iniciando a beber entre 12 e 13 anos, enquanto que cinco anos atrás isso se dava em média entre 14 e 15 anos. Pesquisas apontam que 5,2% dos adolescentes entre 12 e 17 anos das 107 maiores cidades do país foram considerados dependentes do álcool. Os resultados ficaram assim constatados:

<b>Região do Brasil</b>	<b>Índice de dependência alcoólica em adolescentes</b>
Região Norte	9,2%
Região Nordeste	9,3%
Região Centro-Oeste	1,8%
Região Sudestes	3,4%
Região Sul	4,5%

**Tabela 3.** Índice de dependência alcoólica em adolescentes no Brasil. Adaptada do boletim do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID, n. 46, 2002).

Grande parte dos jovens brasileiros inicia o consumo de bebidas alcoólicas muito cedo, na infância e no ambiente familiar, sendo considerado um comportamento natural.

“A dependência do álcool acomete 10% a 12% da população mundial. É por isto, ao lado do tabagismo, a forma de dependência que recebe maior atenção dos pesquisadores. Muitas características, como gênero, etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil, podem influenciar o uso abusivo de álcool, bem como o desenvolvimento da dependência. A incidência é maior entre os homens do que entre as mulheres. O mesmo se repete entre os mais jovens especialmente na faixa etária dos 18 aos 29 anos, de modo que o consumo declina com a idade.” (MARQUES, ARAÚJO, LARANJEIRA e ZALESKI, 2010 p.36).

A precocidade no que se refere ao início de consumo de álcool também foi constatada por Pinsky e Bessa (2004), que aponta para o fato de 50% das crianças entre 10 e 12 anos já terem consumido algum tipo de bebida alcoólica no ano de 1997. Acrescenta ainda, que dos estudantes pesquisados 28% já havia consumido bebida alcoólica, tendo 28,9% experimentado o álcool pela primeira vez no ambiente familiar e 21,8% sendo a experiência propiciada pelos pais. Já resultados encontrados por Oliveira et al. (2003) em alcoólicos internados em hospitais de Porto Alegre (RS/Brasil) verificou-se que sujeitos com alcoolismo mais grave começam a beber mais cedo, consumiam mais álcool e, portanto, apresentavam maior número de internações hospitalares.

O sistema familiar do alcoólico é considerado defeituoso. Consoante Hill, Gauer e Gomes (1998), o filho do alcoólico tem um ponto de vista dos acontecimentos de sua família que não é livremente compartilhado, discutido na família ou mesmo fora dela, portanto, não ocorre comunicação explícita. Para alguém conhecer e reconhecer uma semelhança ou divergência dentro de um núcleo é necessário que esta percepção seja explicitada através da comunicação. Segundo autores, os filhos de alcoólicos empilham suas perspectivas em um sistema fechado. Até tornar-se adulto e adquirir maturidade, a criança ou adolescente vive em silêncio, abstraindo e de cada evento forma uma hipótese e a regra que influenciará seu comportamento verbal e não-verbal.

O alcoolismo também se configura como problema nas organizações. A drogadição como o consumo excessivo de álcool apresenta-se no trabalhador na forma de sintomas como: absenteísmo, ausências no período da jornada de trabalho, queda na produtividade e qualidade no trabalho, mudanças nos hábitos pessoais, relacionamento ruim com os colegas (CAMPBELL e GRAHAM, 1991; VAISSMAN, 2004). Em relação ao consumo de álcool e suas relações com o trabalho, Michel (2000) também refere que o consumo do álcool está na base do desempenho insatisfatório do funcionário observado pelos

supervisores e gerentes nas empresas. A causa do problema do funcionário pode também estar no cônjuge ou filho que esteja quimicamente dependente.

Ainda em relação aos aspectos de uso indevido de drogas em local de trabalho, Gorgulho (1996) ressalta que o ambiente de trabalho é o local onde as pessoas passam diariamente mais da metade do seu tempo útil. Por este motivo, o local de trabalho passa a ser um centro de realizações e frustrações tanto pessoais como profissionais. A autora observou que as relações no trabalho geram questões como competitividade, isolamento social, ausência e baixo reconhecimento do valor pessoal e profissional do indivíduo. Verificou também que a automatização do trabalho e as dificuldades interpessoais dentro e fora do mesmo nível hierárquico são as principais fontes de insatisfação no trabalho. Nas relações de trabalho, não é o indivíduo que conta, mas o papel dentro da máquina produtiva. Estes cenários estão implicados no fenômeno do uso indevido de drogas em local de trabalho.

### **2.3 Considerações sobre a família do alcoólico**

Vários estudos e pesquisas foram realizados relacionando o usuário de álcool e sua situação e configuração familiar. Dentre os estudiosos existe a idéia de que o uso de drogas pelos pais sugere que os filhos, por imitação, passem a utilizar substâncias também. Mendes (1989), frente às questões da drogadição e das relações com a família, afirma que a família do drogado instiga o uso de droga. Encontramos em Araújo (1995) que a família e a mídia são formadores das expectativas das crianças e jovens em relação às bebidas. Se o modelo adulto é de um bebedor que faz uso do álcool, este fator tem poder estruturante em termos de modificação de emoções e comportamentos. A autora considera que a criança aprende este tipo de expectativa. Os medicamentos que contém álcool como xaropes e fortificantes podem ser o primeiro passo para a escalada do alcoolismo.

Mendes (1989) considera, também, que um pai que se alcooliza em casa freqüentemente propicia aos filhos um exemplo de conduta. Vários estudos indicam altos índices de repetição ao verificarem que muitas vezes a esposa de um alcoólico é também filha de um alcoólico e tenta ser alguém que exerce muitos papéis que se misturam, como o de mulher, enfermeira, psicóloga, filha e mãe, tentando, sempre “consertar” no marido o que não conseguiu no pai (MENDES, 1989; VAILLANT, 1999; PINSKY, 2004).

Segundo Melman (2000), a mulher do alcoólico é conhecida por sua notável tolerância, pois tem a consciência de que ocupa na economia psíquica do marido o lugar central, de onipotência, ficando ele fixado em um lugar de pedinte infantil, mesmo sendo alguém agressivo, violento e barulhento. Os favores que a mulher recusa ao marido provavelmente são reservados ao filho, com quem mantém uma relação simbolicamente incestuosa. Não é raro que nestes casais a criança seja vista como a guardiã da lei, lei esta desprezada pelo progenitor alcoólico. Filhos de alcoólicos muitas vezes são confusos em seus papéis e sentimentos, pois, o amor que sentem não tem lógica e o ódio lhes dá uma sensação de culpa.

Quando o contexto familiar torna-se favorável e cooperativo, o tratamento do alcoólico tem melhoras no comportamento do beber, assim como da intensidade e qualidade do tratamento. Edwards, Marshall e Cook (2005) afirmam que inicialmente há relutância da família em reconhecer que a bebida seja a causa dos problemas, depois sobrevêm as tentativas de impedir ou controlar as dificuldades causadas pelo beber problemático, seguido de isolamento frente à recusa de convites para sair, participar de reuniões e encontros sociais. As mulheres cujos maridos são alcoólicos tentam não desagregar a família, enquanto para os homens cujas mulheres são alcoólicas, a separação da mulher e a distribuição dos filhos são mais freqüentes (VAILLANT, 1999; MICHEL, 2000; EDWARDS, MARSHALL e COOK, 2005).

Nos quadros de alcoolismo existem as chamadas famílias que não colaboram na recuperação de seus familiares dependentes do álcool. Nadvorny (2006) refere que o processo de início da dependência do álcool geralmente surge após o casamento, sendo comum nestes casos às pessoas se separarem de seus cônjuges e voltam a morar com suas mães, que não se opõem ao alcoolismo de seus filhos, gerando uma permanente infantilização do alcoólico. O autor salienta, ainda, que sujeitos que apresentam sintomas de alcoolismo anterior a um relacionamento matrimonial tendem a não conseguir casar.

Na família, o prejuízo causado pelo alcoolismo advém da ausência do progenitor alcoólico, de sua instabilidade emocional, episódios de agressão e pouca capacidade de proteção (RAMOS e BERTOLETE, 1997; VESPUCCI e VESPUCCI, 1999). Também Rosa (1996), em estudo exploratório, encontrou resultados nos quais padrões, tipo e freqüência do uso de álcool pelos pais desempenham um papel muito importante na dependência química dos filhos. Os familiares do alcoólico passam, também, a viver em função da bebida,

apresentando comprometimento emocional revelado por hostilidades, desespero contido, atos de violência e problemas domésticos.

Edwards, Marshall e Cook (2005), por sua vez refere que a família “alcoólica” gera muitos traumas e os pacientes continuam a definir relações com base na história que ainda tenta desesperadamente resolver. As experiências de uma criança em uma família “alcoólica” resultam em conflitos de ódio, amor, fúria e pena que nem sempre conseguem ficar bem resolvidos.

Em relação ao aspecto econômico, Ramos e Bertolote (1997) e Vespucci e Vespucci (1999) apontam que, quando ocorre desemprego, por exemplo, aumenta a crise social do alcoólico. Não pagar contas ou atrasá-las, não manter a casa de forma digna, ou seja, limpa, arrumada, com condições mínimas para a convivência, sem cortes dos recursos mínimos, torna o convívio social afetado de forma negativa. A família, de forma geral afasta-se dos vizinhos e companheiros, e ocorrem isolamento e distanciamento das pessoas da família e da comunidade. O abuso de álcool provoca e resulta em violência familiar. Em estudos de Tondowski (2008), nos quais foram analisados padrões multigeracionais em vítimas e agressores, os resultados encontrados foram de preponderância da violência familiar na relação uso e dependência do álcool. A violência entre pai e filho é a mais frequente, sendo geralmente justificada pelo agressor, com reincidência e com a frequência prolongada.

Quanto aos aspectos genéticos estudos sobre alcoolismo e dependência química apontam que:

“Na busca de evolução do entendimento acerca dos fatores genéticos preditores da dependência química, estudos com alcoolistas revelaram os seguintes achados: estudos com gêmeos, pessoas adotadas e variações fisiológicas, embora demonstrem a existência de um componente genético, não permitem a identificação de mecanismo patológico e dos genes predisponentes à dependência... a predisposição genética também foi proposta em diversos estudos de pessoas adotadas: filhos de pais biológicos alcoolistas, quando criados por pais adotivos não alcoolistas, apresentam maior risco de desenvolver alcoolismo, quando comparados a filhos de não alcoolistas sujeitos ao mesmo tipo de adoção...” (LEMOS; GIGLIOTTI; GUIMARÃES, 2010, p.18)

Os momentos iniciais da vida são marcados pela ligação e dependência, situações necessárias, da mãe ou daquela pessoa que exerce a função materna. As marcas que originalmente vão fixar-se e desenvolverem-se em uma construção psíquica do indivíduo estão intimamente ligadas à relação da mãe com seu filho. Reconhecer-se para depois

conhecer o outro é um processo que Freud entendeu que é também social. A família nesta perspectiva é o entorno, propicia a definição dos lugares, e a possibilidade da conciliação, ligação, extrapolação e limites entre os membros da família e aquele que poderá vir a ser ou não um sujeito alcoólico.

## **2.4 Panorama do alcoolismo no Brasil e no Rio Grande do Sul**

O índice de alcoolismo é bastante elevado no Brasil. O Ministério da Saúde possuía o PRONAL (Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool). Na apresentação do Programa, foi percebida a problemática social decorrente do alcoolismo no país. A estimativa era de que 20 a 30 milhões de pessoas estavam envolvidas com o problema do alcoolismo, considerando-se a prevalência da síndrome e abuso do álcool na razão de 5 a 10% da população adulta. Esta população era em torno de 3,5 a 7 milhões de pessoas alcoólicas. Os demais incluídos eram os familiares diretos do alcoólico. Dos hospitais pesquisados, 9 a 32% dos leitos estavam ocupados por pessoas que abusam do álcool.

Estudos comparativos em âmbito nacional se seguiram e no ano de 2001, nos meses de setembro a dezembro, foi aplicado um levantamento em 107 cidades brasileiras com população superior a 200.000 habitantes. Estavam incluídas nestas cidades todas as capitais brasileiras perfazendo um total de 47.045.907 habitantes que representam 41,3% da população brasileira. A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) viabilizou o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, sendo contratado para a realização da pesquisa o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. Em todo o Brasil as drogas lícitas, preferencialmente álcool e tabaco, tiveram consumo maior do que as drogas ilícitas. Da população brasileira pesquisada, 11,2% era dependente de álcool e 9% de tabaco (CARLINI, 2001).

O levantamento abrangeu as regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, sendo que na Região Sul foram realizadas entrevistas com 417 homens e 530 mulheres, na faixa etária compreendida entre 12 e 65 anos de idade, totalizando 947 entrevistas. O número de domicílios sorteados nesta região foi de 1.032. A população era de 4.425.486 habitantes. Entre pessoas das cidades da Região Sul, 1.638 homens (77%) e 1.435 mulheres (62,5%) fizeram uso na vida de bebidas alcoólicas alguma vez. Este índice de 68,7%, corresponde a



uma das 10 cidades do Brasil com maior consumo, podendo ser comparado a valores do Chile (70,8%) e dos Estados Unidos da América (81,0%).

Por outro lado, a região do Brasil que apresenta menor *uso na vida* de álcool é a Região Norte (53,0%), apresentado quase 20% menos índices do que a Região Sudeste (71,5%), sendo esta considerada a maior incidência de *uso na vida* do país. A relação entre *uso na vida* e dependência mostrou que para cada seis pessoas que fizeram *uso na vida*, uma delas torna-se dependente, sendo que no sexo feminino a proporção é de 12:1 (CARLINI, 2001).

O uso pesado de álcool foi apresentado por pesquisa realizada pelo CEBRID no V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras em 2004. A amostra foi constituída de 5.191 estudantes sendo 48,2% do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 13 a 15 anos (39,6%). Os resultados mostram algumas comparações que são de relevância. O bom relacionamento com pais e entre eles mesmos, assim como a moderação dos pais em relação a seus filhos é um fator de proteção ao uso pesado de álcool. Os estudantes que praticavam alguma religião tiveram menos *uso pesado* de álcool e a prática de esporte não apresentou influencia sobre a utilização de bebidas alcoólicas. Os estudantes que trabalham, por sua vez, apresentaram um índice mais elevado de *uso pesado* de álcool. Em relação ao *uso na vida* comparando os sexos e a relação com as idades tem-se que:

<b>Droga</b>	<b>Sexo masculino</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>10-12 Anos</b>	<b>13-15 Anos</b>	<b>16-18 Anos</b>	<b>&gt;18 Anos</b>
<b>Álcool</b>	66,2	70,3*	44,5	76,8	87	88,2

**Tabela 4.** Diferenças estatísticas entre sexos no que se refere ao uso de álcool na vida. Adaptado de GALDURÓZ, NOTO, NAPPO e CARLINI, 2006.

Na cidade de São Paulo foi comparada a percentagem de dependentes de álcool e tabaco em dois levantamentos domiciliares ocorridos nos anos de 1999 e 2001. Em 1999, os dados mostravam 6,6% de dependentes do álcool e 9,3% de dependentes do tabaco. Em 2001, a mesma população pesquisada apresentou 9,4% de dependentes alcoólicos e 17,8% dependentes de tabaco (CARLINI, 2001; Boletim CEBRID, n. 53, 2004). Ainda sobre

estimativas de prevalência do uso de drogas, álcool, tabaco e o uso não recomendado de medicamentos, realizadas nas 107 maiores cidades brasileiras no ano de 2001.

No ano de 2005 foi realizado o II Levantamento domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, pesquisa promovida pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Neste levantamento foi constatado que 12,3% das pessoas entre 12 e 65 anos são portadoras de alcoolismo. Em 2006, o II Levantamento realizado pelo CEBRID demonstrou que houve aumento de 10% de pessoas com dependência do álcool desde 2001. Em 2005 passou para 11,2% e 2006 para 12,3%. Nas cidades com população acima de 200.000 habitantes, ocorreu um aumento de 30% de dependentes de álcool. Entre as mulheres ocorreu um aumento de 13,5% em relação aos homens, para os quais o aumento foi de 7,5% (CARLINI, 2006; LIMA, 2008). Marques et al. (2010), em amostra de 2346 indivíduos com mais de 18 anos encontrou que os bebedores apresentam elevado nível de consumo de risco. A prevalência de problemas relacionados ao consumo, ao abuso e a dependência do álcool é significativa estatisticamente.

O alcoolismo é a oitava causa de requerimento de concessão auxílio-doença e a terceira mais freqüente causa de absenteísmo do Brasil. A OMS considera o problema do álcool a terceira maior causa de mortalidade e morbidade no mundo, estando o câncer e a cardiopatia em primeiro e segundo lugar respectivamente. A relação entre álcool e trânsito apontou entre 1976 a 1985, que 18% a 75% dos acidentes de trânsito tinham a participação de uma pessoa alcoolizada. O uso abusivo de bebidas alcoólicas também está incluído nas ocorrências policiais referentes a conflitos familiares. Em 1982, os custos com os atendimentos a doenças causadas pelo alcoolismo representavam 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB) no Brasil. Em 2006, os dados apresentados reportam para um cálculo em que os gastos brasileiros relacionados aos problemas com alcoolismo giram em torno de 150 bilhões de reais por ano representando 7,0% do PIB brasileiro. O álcool é considerado como o maior causador de acidentes viários e tem sua presença marcada por elevados índices nas rodovias do Rio Grande do Sul (RAMOS e BERTOLOTE, 1997; PANITZ, 1999; VAISSMAN, 2004; LIMA, 2008).

Pesquisa populacional na cidade de Porto Alegre/RS demonstrou uma prevalência de dependência de 9,3%, sendo que 15,5% dos entrevistados foram classificados como bebedores pesados, ou seja, mais de 30 gramas de álcool por dia, conforme Ramos e Bertolote (1997). Na cidade de Pelotas/RS, em 1994, foi realizada pesquisa visando avaliar o

consumo de drogas lícitas e a ocorrência de transtornos psiquiátricos menores na população residente na zona urbana, com idade igual ou superior a 15 anos. Foram entrevistadas 1.277 pessoas que responderam o questionário que continha dados sobre consumo de álcool no último mês e o CAGE. A prevalência de consumo de risco foi de 11,9% (21,7% para homens e 4,1% para mulheres) e 4,2% das pessoas mostraram-se positivas ao CAGE. A abstinência no último mês ficou em 45,8% das pessoas, sendo este resultado quase o dobro verificado em Porto Alegre (24,1%). Estudos em determinadas zonas e distritos das cidades, locais como vilas na periferia de cidade que são de baixa renda e prostituição, tiveram achados que indicam predominância de alcoolismo entre os homens (RAMOS e BERTOLETE, 1997).

De acordo com Pechansky (1995), pesquisa realizada na zona urbana da cidade de Porto Alegre demonstrou um alto padrão de consumo do álcool em adolescentes com idades entre 10 e 18 anos. O uso da substância apareceu em 71% da amostra chegando a 100% na idade de 18 anos. Os meninos começam a beber fora de casa com os amigos, as meninas são mais conservadoras e bebem junto à família. Ao longo dos anos há aumento no volume de álcool consumido. Em mais da metade dos usuários havia ocorrido pelo menos um episódio de intoxicação alcoólica, sendo a maioria do sexo masculino e com idade superior a 17 anos. E Robaina (2010) ainda afirma que o alcoolismo parece ser uma das principais consequências de abandono de escola, conflitos familiares brigas e diversos fatores antissociais.

Em 1993, foi realizado estudo com a população, a partir dos 16 anos, em 24 estados brasileiros, na qual foi constatado que 77,3 dos homens e 60,6 das mulheres fizeram uso de álcool pelo menos uma vez na vida. Destes, 17,1 homens e 5,7 mulheres se apresentaram como dependentes. A proporção de *uso na vida* e dependência é de 4,5: 1 para homens e 10,6: 1 para as mulheres. Nesta mesma população, 69% declararam não terem o “hábito de fumar” e 36% tem o “hábito de consumir bebida alcoólica”. Na comparação feita pelos pesquisadores, 50% dos brasileiros acima de 16 anos de idade não fumam nem bebem, enquanto dos 50% restantes, 14% só fuma, 19% só bebe e 17% fuma e bebe (Boletim CEBRID n.50, 2003).

Em 1999, a fusão de duas grandes cervejarias que abarcam 73,4% do mercado consumidor, demonstrou uma produção de nove bilhões de litros em 50 fábricas distribuídas por 773 representantes. Isso representa um consumo acima de 50 litros per capita, segundo Panitz (1999). No período de 1994 – 1995 o consumo de bebidas cresceu no Brasil na seguinte proporção:

<b>Tipo de Bebida</b>	<b>Aumento do consumo</b>
Uisque	37%
Vinho	35%
Cerveja	27%

**Tabela 5.** Crescimento do consumo de bebida alcoólica no Brasil 1994-1995

O consumo de cerveja, por sua vez, apresenta o seguinte aumento ao longo dos anos:

<b>Ano</b>	<b>Consumo de Cerveja por ano</b>
1985	2,3 litros por pessoa
1990	36,1 litros por pessoa
1995	51,3 litros por pessoa
2000	49,5 litros por pessoa
2005	50,0 litros por pessoa

**Tabela 6.** Aumento do consumo de cerveja no Brasil de 1985-2005.

(PANITZ, 1999; CARLINI, 2006; LIMA, 2008).

Devido às políticas de prevenção do uso indevido do álcool e outras drogas, tem-se que no Brasil foi realizado mapeamento das instituições governamentais e não - governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo indevido de álcool e outras drogas o qual publicou relatório em 2007, onde verificou-se que dos 1642 questionários respondidos, 1255 dirigentes informaram realizar atividades de prevenção sendo que a mais utilizada a educação afetiva.

A educação para conhecimento científico e educação para saúde foram outros modelos bastante utilizados. As fontes consultadas pelas instituições são publicações científicas dos últimos três anos sobre álcool e outras drogas, assim como análise de dados de fontes oficiais do governo federal, estaduais e municipais, além de estudos e pesquisas com dados estatísticos sobre o tema álcool e outras drogas.

De acordo com a pesquisa as atividades mais realizadas na área de prevenção são as palestras sobre drogas, distribuição de material educativo e articulação com escolas e outras instituições de ensino. São realizadas, também dinâmicas com relatos pessoais e dinâmicas de grupo. As instituições realizam formação de multiplicadores entre pais e ex-usuários, educadores e representantes governamentais.

Considerando-se que não apenas homens e mulheres, mas também jovens adolescentes e até mesmo crianças estão consumindo bebidas alcoólicas, maiores ações de prevenção em todo o estado brasileiro se fazem necessárias. Estudiosos brasileiros como Ronaldo Laranjeira e Ilana Pinsky já referiram que as bebidas alcoólicas, principalmente a cachaça, são um dos produtos muito baratos no Brasil. A cerveja, por sua vez, é um dos produtos mais divulgados e que representa no imaginário do brasileiro sucesso, beleza, facilidades frente a uma vida maravilhosa cheia de entusiasmo, criatividade e alegrias. Pensa-se que são necessárias ações de intervenção e de prevenção, além das curativas, mas frente à diversidade cultural, social e econômica brasileira, por onde poderíamos começar?

### 3 ALCOOLISMO E SUAS MÁSCARAS

“Jamais me passou pela cabeça que esse tempo bom acabaria. Mas acabou. Um dia, já não mais havia a poção milagrosa, nem as maravilhas contidas no volume de cada dose. Restavam apenas as bebedeiras, problemas, desprezo, um permanente nó na garganta, só um corpo dependente que exigia álcool – e eu sem enxergar a saída, bebendo e seguindo em frente, destruído, sem respeito próprio ou alheio. Era alguém oscilando entre a loucura e a morte. Com a única e recorrente questão diante da vida: por quê? Por que eu, por que dessa forma?”

*Hugo L.*

#### 3.1 Sinistralidade

Sinistralidade é o termo oriundo de sinistro, do latim *sinistru*, que significa alguém de má índole, mau; algo ou alguém que infunde receio, ameaçador, temível; considera-se sinistro um desastre, ruína, um grande prejuízo material como um acidente, naufrágio ou incêndio (FERREIRA, 1975). Este capítulo aborda os aspectos da sinistralidade, ou seja, acidentes, mortes, suicídios, violência que ocorrem estando implicados com o consumo do álcool. Os resultados de estudos e teses apontam a relação dos aspectos sinistros das pessoas que consomem e se acidentam, agredem ou são agredidos.

Existem pessoas que gostam de viver perigosamente, como os que correm de automóvel, praticantes de roleta russa, roleta paulista, que procuram a própria morte e também a morte dos demais. Segundo Edwards (1998), é considerada parte do grupo suicida os que se imolam em protestos políticos, que fazem greve de fome, ou fazem parte de missões onde as chances de sobrevivência são muito pequenas. Pessoas que se acidentam com facilidade, que caem corriqueiramente, que têm acidentes no trabalho ou de automóvel, quando são analisadas mais profundamente demonstram uma intensidade agravada da pulsão de morte.

Considerando-se a sinistralidade e constatando-se situações decorrentes do uso e abuso de álcool, muitas pesquisas e estudos têm encontrado resultados relacionados. Ramos et al (2003) realizaram estudos sobre mortes ocorridas com trabalhadores alcoólicos que

participavam de Programa de Atendimento aos Trabalhadores Alcoólicos em uma empresa pública. Em um período de quatro anos, foi constatada a ocorrência de dez mortes, sendo oito delas assim descritas: uma por atropelamento; duas por homicídio; uma associada à desnutrição; uma associada à hipertensão arterial; uma por agressão física; uma por causa indeterminada; uma por cirrose hepática; sendo que duas não foi possível encontrar os registros.

Segundo Noto et al. (2003), o álcool é a droga que prevalece nas questões de violência em estudo feito no Estado de São Paulo. Este estudo consiste em um levantamento epidemiológico entre os 2.372 domicílios que responderam a pesquisa. Foram registradas 749 situações de violência, sendo que o álcool prevaleceu para praticamente todos os modos de violência estudados. Dentre as situações de violência que foram mencionadas, em 53% das situações o autor estava embriagado e em 10% estava intoxicado por outra droga. Juntamente com Jacobucci e Cabral (2004), o autor aponta, ainda, que as mulheres são agredidas em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relações de afeto, sendo em 70% dos casos o marido ou o companheiro. O predomínio dos agressores é do sexo masculino, ocorrendo o envolvimento de outros moradores do domicílio como filhos, pais e irmãos. A frequência dos relatos não é diferenciada entre as classes sociais.

O alcoolismo é responsável por 75% dos acidentes automobilísticos com morte e por 39% das ocorrências policiais, sendo a maioria dos homicídios facilitados pelo consumo de bebidas alcoólicas. Acidentes de trânsito são seguidos de homicídios nas pesquisas realizadas sobre mortes ocorridas por causas externas. Segundo dados da OMS, no mundo, 26% dos acidentes intencionais e 10% dos acidentes não intencionais estão ligados ao uso do álcool, corroborando achados na cidade de Marília, São Paulo/Brasil (VAISSMAN, 2004; SANTOS, 2009). Também em Botega et al. (2010) verifica-se que os transtornos por abuso de álcool associam-se a internações por causas externas, a acidentes automobilísticos e tentativa prévia de suicídio.

Segundo Micheli et al (2003), há resultados de estudos preliminares sobre o impacto do uso do álcool na autocritica dos sujeitos em relação ao risco de dirigir. A pesquisa foi realizada em saídas de bares noturnos tendo sido utilizado o analisador de ar alveolar, chamado de bafômetro, e o auto-relato. No estudo de 42 pessoas, 66,5% apresentaram quantidade de álcool superior ao limite permitido por lei no Brasil que é de 0,06 mg/ml,

sendo que destes, 64,5% relataram que a bebida não interfere em seu desempenho e 93% relataram sentirem-se em condições de dirigir.

Por outro lado, conforme descreve Aratangy sabe-se que, “dirigir sob efeito do álcool é um risco e uma falta de respeito consigo mesmo e com o outro, pois controlar um carro exige aguçado sentido de alerta e coordenação motora precisa” (2009, p. 112). Tal aspecto é evidenciado no estudo realizado por Marques et al. (2010) no qual em uma amostra de 2.346 adultos, verificou que 34% tem o hábito de beber e dirigir, sendo elevado o índice de prevalência com acidentes automobilísticos neste caso.

O fator consumo de álcool e a relação com a direção é um problema que surgiu com a motorização no início do século XX. Segundo Panitz (1999), nos USA no ano de 1904, foi registrado que em 19 dos 25 acidentes de trânsito fatais ocorridos o motorista estava embriagado, ou seja, em 76% deles. No ano de 1987, inúmeras pesquisas demonstraram que em 50% dos acidentes os motoristas estavam alcoolizados. O fator álcool – direção não está concentrado apenas nas rodovias, mas também nos meios de transporte aéreo, marítimo e ferroviário. Em 1990, nos USA, três pilotos de avião foram condenados por pilotar aviões sob efeito do álcool. Em 1991, em Nova York, cinco pessoas morreram e 133 ficaram feridas em um acidente ferroviário e o condutor, 6 horas depois do acidente ainda estava com duas vezes mais álcool no sangue do que o permitido. O autor refere ainda que um grande acidente ecológico ocorrido com derramamento de óleo de um petroleiro foi devido à negligência do capitão do navio, que se encontrava totalmente intoxicado com bebida alcoólica. Ainda nos USA, em investigações feitas em 1995 sobre acidentes aeronáuticos nos quais havia suspeita de uso de drogas ou álcool, verificou-se que ocorreram 22 fatalidades. No comércio agroviário, no mesmo ano, os registros apontam para 846 mortes sendo 149 destas associadas ao uso do álcool (PANITZ, 1999).

No Brasil, 87% dos acidentes de trânsito são em área urbana, apenas 13% ocorrendo na zona rural. A maior incidência de acidentes na zona urbana ocorre em torno de bares e “points”, o que demonstra uma correlação entre acidente causado pelo uso do álcool e a localização de bares nos quais se consome bebidas alcoólicas. Fontes do Departamento de Trânsito (DETRAN/SP – São Paulo, 1976) e da Segurança, Saúde e Meio Ambiente (SSMA/RJ – Rio de Janeiro, 1993) demonstram que ocorrem efeitos do álcool no organismo que podem ser descritos em estágios, sendo que 0,1 a 0,5 g/l tem efeitos mínimos, passando



pela fase de alarme, direção perigosa, direção altamente perigosa e direção impossível em mais de 3,0 g/l (PANITZ, 1999; LIMA, 2008).

A relação entre acidentes de trânsito nas estradas e consumo do álcool apresenta resultados significativos. Em pesquisas realizadas nos Estados Unidos, Canadá e países europeus, verificou-se que os acidentes de trânsito nas estradas têm relação com o consumo de álcool em diferentes percentuais. Em 1990, no Canadá, dos motoristas que morreram acidentados, 9,8% apresentaram concentração de álcool no sangue abaixo de 80mg%; 9,1% apresentaram de 81 a 150mg% e 27,3% acima de 150mg%. Nos Estados Unidos, o álcool esteve envolvido em 50% dos acidentes fatais. No Reino Unido, neste mesmo ano, 800 pessoas morreram no trânsito, 20.100 pessoas ficaram feridas em acidentes nos quais o motorista estava alcoolizado (EDWARDS et al.,1998).

Em 1984, na França, em 40% dos acidentes fatais a pessoa responsável apresentou teor alcoólico maior que 80 mg%. Na Alemanha, 19% dos acidentes têm o álcool como principal causador. Na Suécia, o álcool está envolvido em 7,11 a 11,5% dos casos de morte, em 6,2 a 8,7% dos casos nos quais ocorrem ferimentos graves e em 3,7 a 5,6% nos casos em que os acidentes são de menor gravidade. No Chile, as pesquisas mostram que em 50% dos casos de acidentes, o álcool está envolvido. Em Papua, na Nova Guiné, um trabalho demonstrou que metade de um grupo de pessoas que morreram em acidentes de trânsito tinha uma concentração de 80 mg% de álcool no sangue. No mesmo trabalho de Edwards et al. (1998) aparece que 90% dos pedestres mortos tinham mais de 80mg% de álcool no sangue e 55% mais de 150mg% de álcool no sangue. Um estudo realizado no México sobre a prevalência de bebedores pesados mostra que o consumo de bebidas alcoólicas é um elemento importante no perfil epidemiológico das pessoas mexicanas no ano de 1989. Foi comprovado o aumento de consumo de cerveja e vinho per capita e a relação de aumento de patologias relacionadas ao consumo como a cirrose hepática e também da violência.

Considerado que acidentes de trânsito, beber e dirigir, agressões familiares e no âmbito social, doenças do corpo e da mente, e os traumas físicos e emocionais como condutas que remetem à destrutividade e à violência contra si e contra os outros, o álcool pode ser a máscara para a hostilidade e a violência do alcoólico ou daqueles que abusam do álcool. O sinistro, segundo Freud (1919/1980), é algo que se conhece a partir de um desconhecido. O sinistro, portanto, mais do que a má índole é a manifestação da pulsão de morte com a máscara da destrutividade.

Poderíamos dizer que, no caso, o que fora reprimido é um determinado conteúdo ideativo, e, no outro, a sua realidade (material). Esta última frase, porém, estende o grupo “repressão” para além do seu legítimo significado. Seria mais correto levar em conta uma distinção psicológica que pode ser detectada aqui, e dizer que as crenças animistas das pessoas civilizadas estão num estado de haver sido (em maior ou menor medida) *superadas* [preferentemente a reprimidas]. A nossa conclusão poderia, então, afirmar-se assim: uma experiência estranha ocorre quando os complexos infantis que haviam sido reprimidos revivem uma vez mais por meio de alguma impressão, ou quando as crenças primitivas que foram superadas parecem outra vez confirmar-se (FREUD, 1919/1980, p. 309).

### 3.2 Suicídio

Causas externas, aspectos culturais, sociais e religiosos, assim como geográficos, podem estar nas razões e decisões de alguém ao cometer suicídio. Para Durkheim (2004), o suicídio é uma forma positiva ou não, em relação a si mesmo, de tirar-se a vida. O autor afirma que a decisão de matar-se é unicamente daquele que se mata. Diferentes formas de agir podem confundir, gerando dúvidas em relação a alguém que morreu, sobre o fato de ter havido ou não o suicídio. De acordo com o autor, aquele que é negligente consigo mesmo, descuidado com sua saúde e sua vida, pode vir a morrer sem a intenção explícita de matar-se, corroborando Cassorla (2004), que afirma que além do auto-extermínio, as mortes por condutas de risco, falta de cuidados frente às doenças, intoxicações e overdoses são na verdade formas de suicídios.

De acordo com Alfaro (2004), a palavra suicídio procede de si mesmo = “sui” e matar = “cidium”. Esta problemática é estudada sob várias perspectivas e várias disciplinas, dentre elas história, filosofia, ética e teologia. O enfoque pode estar na compreensão do ponto de vista da psiquiatria, psicanálise, antropologia e sociologia. Associam-se a estes aspectos as perspectivas econômicas, geográficas e jurídicas que tentam explicar a conduta suicida.

Conforme referido anteriormente, a palavra suicida significa morte em si (D’ASSUMPÇÃO et al., 1984; MARTINS e ZIMMERMANN, 1977; CASSORLA, 2004), o que remete a amplas questões sobre os comportamentos e as maneiras como as pessoas atribuem a si próprias a morte. Existem comportamentos e hábitos aos quais normalmente não são atribuídos o sentido e valor de suicídio. Uma pessoa que fuma e que tem problemas pulmonares e cardíacos que foram constatados serem decorrentes do fumo, e não consegue parar de fumar, está contribuindo com a própria morte. O mesmo ocorre com um alcoólico, um dependente químico, ou quem ingere alimentos que lhe farão mal, como no caso dos

diabéticos. Para Durkheim (2004), entretanto, é considerado suicídio embrionário o morrer por negligência, havendo uma relação entre os estados de espírito das pessoas negligentes e daquelas que tem a intenção de matar-se.

A vida deve ter um sentido, já que esta é uma resposta para um problema existencial do ser humano. Cabe ao ser humano determinar qual o sentido de sua vida, embora não devesse caber a ele finalizar a vida quando este sentido foi realizado. O tempo para o desfecho de um sentido da vida só termina com o término da mesma. Ninguém tem o poder de determinar quando o sentido da vida ocorreu ou se completou. O suicídio, assim como a eutanásia e o aborto, está fora da determinação do tempo dado para a própria vida do sujeito. A morte é o estágio final de uma evolução; diferentemente de morrer, ou seja, vivenciar o ato que conduz à morte. A morte e o nada são as contradições da existência humana que, em princípio, luta para continuar existindo. Morrer é um processo e uma inexorabilidade da condição humana. O processo de morrer está contido no sentido que o homem dá para sua vida. Entretanto, na sociedade, em nosso sistema, na forma como ele está organizado, a morte violenta não é uma morte acidental, mas planejada e institucionalizada, não é uma exceção, mas uma regra (D'ASSUMPÇÃO et al., 1984).

O temor da morte não está constantemente presente nos pensamentos. O ser humano age como se não acreditasse na sua finitude, como se não viesse a morrer um dia. Torres et al. (in CASSORLA, 1998) afirmam que a humanidade encontra subterfúgio para esconder o temor à morte, por isso refere que o heroísmo é um reflexo do terror de morrer. O herói é aquele que pode ir ao mundo dos espíritos e dos mortos e voltar vivo. Cada sociedade tem um sistema diferente de representar o ser herói. As ações, os papéis, os costumes e as regras servem muitas vezes para o heroísmo que caracteriza o temor à morte. Em nossa sociedade, entretanto, não tem mais espaço para o herói o que abala sobremaneira o narcisismo do homem. A violência torna-se por isso o caminho para conseguir suprimir o temor da morte.

Os pensamentos e reflexões sobre o suicídio passam por vários conceitos. Reflete-se sobre a sociedade e sobre a individualidade como elementos propulsores ou de base para um comportamento suicida. Pertencemos a uma época que legitimou a conduta autodestrutiva através dos vícios socializados, da exploração irracional da natureza, dos riscos atômicos e da objetualização das pessoas e de si mesmo. O suicídio pode ser um fenômeno individual ou um gesto que representa uma crise coletiva ou social (ANGERAMI-CAMON, 1997).

A convicção de que viver é mais degradante do que morrer pode ser um paralelo entre a conduta individual de uma pessoa e um aspecto sócio-cultural. Presume-se que a decisão de se matar venha do próprio indivíduo, mas a pergunta é: onde foi que a pessoa aprendeu que morrer é preferível a viver? O suicida está previamente condicionado e constantemente estimulado a ter este comportamento autodestrutivo e está preparado de antemão para terminar como termina (ANGERAMI-CAMON, 1997). Cassorla (2004), por sua vez, aborda o tema dos comportamentos autodestrutivos nos quais doenças, mutilações, perdas de funções, ataques ao pensar e à criatividade são perdas parciais que muitas vezes escapam às estatísticas dos casos de suicídio.

O suicídio é um ato violento mesmo que não tenha aparência de dor física, sendo, também um ato fulminante. A aceitação do ato suicida é feita com muitas reservas, diferenciando-se o suicida que apresenta um sofrimento existencial do que tem um sofrimento físico. O ato suicida de uma pessoa com sofrimento físico é mais tolerável do que o de alguém que apresente o gesto suicida por sofrimento de ordem existencial. O suicídio pode ser definido como um tipo de comportamento que tem como finalidade encontrar uma solução para um problema existencial, fazendo com que o sujeito faça um atentado contra a própria vida (ANGERAMI-CAMON, 1997). Para Cassorla,

O suicida se defronta com um dilema: ele quer morrer e viver ao mesmo tempo e o resultado (morte ou sobrevivência) será determinado pela força desses desejos e por circunstâncias por vezes fortuitas, como a intencionalidade do ato, o método utilizado, a possibilidade de socorro, a resistência física e as condições de saúde prévias (CASSORLA in WERLANG e BOTEGA, 2004, p. 21).

Estudos de Werlang e Botega (2002) abordam o tema da autópsia psicológica, que é uma forma de avaliar retrospectivamente a morte de uma pessoa. Constata-se que existe uma diferença entre o modo como ocorreu a morte e a causa que está subjacente a esta morte. A forma como a pessoa morreu constatada pelo legista não determina a causa pela qual ocorreu esta morte. Para os autores, a autópsia psicológica possibilita identificar comunicações prévias da intenção de se matar realizadas pelo próprio suicida. Os estudiosos do suicídio afirmam que a intencionalidade determina ou é decisória sobre o modo de morte. Afirmam, ainda, que para a autópsia psicológica é necessária a realização de entrevistas nas quais vários itens são selecionados como um roteiro para a coleta dos dados que possam esclarecer a causa da morte. Dentre as áreas de investigação, uma delas seria verificar qual a

representação do álcool e das drogas na vida do sujeito. Assim, a entrevista busca investigar o estilo de vida geral da vítima e o modo que ocorreu a morte, visando compreender se há relação com álcool e drogas.

Estudiosos decifram através da “autópsia psicológica” a biografia das pessoas que cometeram suicídio, delineando características psicossociais que levaram à morte violenta. Os atos suicidas estão autorizados no estilo de vida das pessoas. Ao longo da vida foram se estruturando os comportamentos que levaram a pessoa ao ato violento. Atrás do suicida há, portanto, uma combinação de diversos fatores. Estão embaralhados fatores biológicos, religiosos, emocionais, socioculturais, filosóficos que culminam na manifestação do comportamento violento contra si próprio (WERLANG E BOTEAGA, 2002). Assim, Barros, Oliveira e Marin-León (2004) afirmam que as condições de acesso a serviços de saúde e os estilos de vida imprimem marcas no perfil de causas de mortes.

Ao estudar os suicídios em população rural e urbana em cidade de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, Sperb (2003) traçou algumas características clínicas dos suicídios. No período de 1999 a 2000, os suicídios eram de homens por volta de 52 anos com presença de comportamentos impulsivos, sintomas de depressão, que faziam abuso do álcool e tinham ideação, tentativa e comportamento de risco. A autora afirma que os sujeitos, em sua maioria, tinham em sua família de origem parentes com história de comportamento suicida – ideação, tentativa e comportamento de risco – e história familiar de suicídio, doença psiquiátrica e abuso de álcool. Eram pessoas integradas na sociedade, participavam de festas e cultos religiosos.

Já estudos apresentados por Barros, Oliveira e Marin-León (2004) demonstram que as taxas de suicídio no Brasil são maiores no sexo masculino e aumentam com o avançar da idade. Alfaro (2004) refere que o suicídio na adolescência tem altas taxas principalmente entre rapazes e a explicação ao fenômeno é dada pelo reflexo das mudanças sociais, pela maior disponibilidade e incremento dos meios e o abuso do álcool e drogas. O que corrobora com a percepção de Botega et al. (2010), na qual foi evidenciado a relação entre aos transtornos associados ao uso do álcool e as tentativas de suicídio.

A Organização Mundial da Saúde tem manifestado uma preocupação em todos os países do mundo ao mencionar que a depressão é a principal causa de suicídio de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade (Prevenção do Suicídio, OMS 2001). Entre os adolescentes que tentam suicídio existem dois subtipos. Um que se caracteriza por

circunstâncias problemáticas como abuso de substâncias e baixo bem estar psicológico, e outro que parece ter nível de funcionamento satisfatório. O alcoolismo corresponde a 18% dos casos de suicídio, a esquizofrenia 14% e personalidade limítrofe e personalidade anti-social a 13% dos casos. Embora a doença mental esteja inserida como um dado nos casos de suicídio ela, por si só, não é uma variável determinante (ALFARO, 2004).

Na intenção suicida estão implícitos muitos sentidos, mas cada suicida confere a seu ato uma marca pessoal (DURKHEIM, 2004; ALFARO, 2004). Pode ser um pedido de socorro da pessoa que necessita ser ajudada. Podem existir pensamentos pessimistas causados pela depressão e a conclusão de que a vida não vale a pena. É possível que o padrão familiar exerça influência como modelo de forma de resolução dos conflitos e das dificuldades encontradas através do suicídio. Em famílias nas quais pais se suicidam verifica-se maior incidência de filhos suicidas. Entretanto, o ato suicida é marcado pelo temperamento e as condições especiais em que o indivíduo se encontra (DURKHEIM, 2004; ALFARO, 2004).

Sobre o tema suicídio tendo como causa o alcoolismo, Vespucci e Vespucci (2000) referem que o índice de suicídio na população alcoólica é 60% maior que na população não alcoólica. O autor entende que o suicídio é a única forma que o doente encontra para interromper o círculo perverso da dependência.

A tentativa de suicídio e o ato suicida são diferenciados entre si pelo sentido que podem conter. Considerando-se o grau de intencionalidade e letalidade, verifica-se que no primeiro caso está a relação com o planejamento e preparação do ato. No segundo, verifica-se o prejuízo que a pessoa se inflige. Conforme Alfaro (2004), mesmo havendo uma fraca intenção do morrer, às vezes, a tentativa de suicídio é bem sucedida.

Para Horstein (2008), existe uma combinação letal que é transtorno depressivo e abuso de substâncias. Segundo o autor o risco de suicídio que comporta a dependência do álcool se torna aumentado nos casos de intoxicação alcoólica aguda. Estes estados produzem desinibição e atuam como precipitantes de suicídio devido à escassa capacidade de juízo do consumidor. As intoxicações assim associadas (álcool e estado depressivo) podem provocar comportamentos de alto risco como as overdoses e acidentes de trânsito.

Podemos fazer as indagações no que se refere ao uso e abuso de bebidas alcoólicas frente às condutas de negligência e de risco. Será o usuário alcoólico um suicida potencial? Quem sabe até um homicida? As perguntas são de ordem investigativa para que se possa percorrer o caminho em busca de formas de auxílio e de soluções. De qualquer forma,

está muito bem demonstrado através das diversas pesquisas o quanto a morte e o uso de bebidas alcoólicas estão relacionados. Podemos nos perguntar se o alcoólico não seria um para-suicida? Suas tendências ao beber até adoecer; beber e dirigir, colocando a si, a família e outras pessoas em risco; beber e ir para o trabalho colocando-se novamente em risco a si e aos seus colegas. A falha que deve ser preenchida com o álcool não está na “superfície” destes indivíduos, como uma representação da situação atual, mas nas bases de suas relações mais primitivas. O consumo do álcool de forma prejudicial está no ponto em que a compulsão à repetição está clamando por uma solução.

## **II PARTE**

### **A PESQUISA**



## 4 METODOLOGIA

“Em última análise, só há duas coisas: Eros e Tanatos, aquilo que nos leva a recriação vital de nós mesmos ou aquilo que nos leva a destruição permanente de nós próprios. E permanentemente dentro de nós se entrecruza o que é criador como o que é destrutivo, recriamo-nos todos os dias e matamo-nos todos os dias”.

*Carlos Amaral Dias*

### 4.1 Método

O presente estudo se apresenta como um comparativo entre grupos, um deles constituído por 30 pessoas alcoólicas, 15 do sexo feminino e 15 do sexo masculino, e outro com 30 pessoas não alcoólicas, com gênero distribuído na mesma proporção. Inicialmente, foi solicitada ao Comitê de Ética a permissão para a aplicação do instrumento de pesquisa. Após aprovação, foram contatados os sujeitos e marcadas as entrevistas individuais. A partir deste momento foi contratada a explicação e a aplicação do instrumento. No momento da aplicação do instrumento, os pesquisadores apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado pelos sujeitos participantes da pesquisa. Depois da aplicação do instrumento de pesquisa, os questionários corretamente preenchidos foram selecionados, e os incorretos anulados. Os dados então foram digitados em uma planilha Excel para serem encaminhados para o tratamento estatístico.

### 4.2 Problema de pesquisa

Existe diferença em termos de sintomas psicopatológicos entre sujeitos alcoólicos e não alcoólicos?

### 4.3 Definição dos termos do problema de pesquisa

**Sintomas psicológicos:** de acordo com Laloni (2001) e Derogatis (1983), os sintomas que são avaliados no *SCL-90 R (Checklist Symptom - 90 Revised)* são definidos da seguinte forma.

- Psicótico: é a descrição dos sintomas indicativos da esquizofrenia. Apresentam sintomas de retraimento, isolamento, alucinações e pensamentos delirantes.
- Ideação Paranóide: conceituação representada pela desordenação de pensamento. Apresenta pensamento projetivo, desconfiança, hostilidade e grandiosidade; sintomas de medo, perda da autonomia, grandiosidade e desilusão.
- Ansiedade Fóbica: apresentação de idéias irracionais e desproporcionais de medo a uma pessoa específica, lugar, objeto ou situação. O estímulo provoca comportamentos disruptivos e patogênicos de fuga e esquiva.
- Hostilidade: sintomas que refletem pensamentos, sentimentos ou ações que são característicos do estado de raiva. Expressão do comportamento que apresenta a qualidade de agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento.
- Ansiedade: comportamento que expressa sintomas de nervosismo, tensão, tremor, ataque de pânico, sentimento de terror, apreensão e medo.
- Depressão: as manifestações clínicas refletem sintomas de distúrbios de humor e afetivos, é representada com sinais de retraimento, falta de energia vital, baixo interesse pela vida, falta de motivação. Consideram-se os sentimentos de derrota e pensamentos suicidas.
- Relação Interpessoal: síndrome com características nas quais se apresentam sintomas de autodepreciação, falta de autoconfiança, desconforto nas interações interpessoais. Apresentam-se sentimentos de inadequação, inferioridade em comparação às demais pessoas.
- Obsessivo Compulsivo: Apresentação de sintomas clínicos focalizados em pensamentos, impulsos e ações experienciados como renitentes e irresistíveis e

de natureza indesejável. Consideram-se os sintomas de dificuldades de concentração associados aos sintomas já descritos.

- **Somatização:** são considerados os distúrbios manifestados da percepção da disfunção corporal. Apresentam-se como queixas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e demais que tenham a forte mediação mecânica. São componentes da somatização as dores e desconfortos da musculatura grossa.

**Sujeito Alcoólico:** para Silveira Filho (1996) et al; Ramos et al. (1999); Michel (2000); Focchi et al (2001); Laranjeira e Pinsky (2001); e Edwards et al (2005), é considerado sujeito alcoólico o indivíduo que apresenta um estreitamento no seu repertório de beber e paulatinamente passa do consumo esporádico para o de maior frequência. Na dependência do álcool ocorre a saliência do consumo e aumento da tolerância. O sujeito alcoólico necessita do álcool para alívio dos sintomas causados pela abstinência ou ausência do álcool. Os autores assinalam que a necessidade de beber para reduzir os sintomas pode incluir sintomas físicos e psicológicos. Os sintomas psicológicos ocorrem nos períodos de abstinência, e, quando o sujeito retorna ao comportamento de beber, após ter parado por dias ou até meses, logo atinge as mesmas doses que utilizava antes da abstinência, sendo este um dos fatores que leva a considerar o sujeito alcoólico, ou seja, dependente do álcool.

**Sujeito não Alcoólico:** para Ramos et al (1999), Jaber e André (2002), sujeito não alcoólico é aquele que ao consumir bebida alcoólica não acarreta problemas, seja no seu organismo, no seu psiquismo ou em relação aos outros. Diferencia-se o sujeito não alcoólico do alcoólico pelos efeitos do consumo em excesso. A “ressaca” é o conjunto de sintomas após ingestão aguda de álcool à semelhança da síndrome de abstinência de álcool. O sujeito não alcoólico não retorna ao beber para o alívio dos sintomas produzidos pela “ressaca” quando o nível de alcoolemia está caindo.

#### 4.4 Hipóteses

H0: Não existe diferença em termos de sintomas psicológicos entre sujeitos alcoólicos e não alcoólicos.

H1: Existe diferença em termos de sintomas psicológicos entre sujeitos alcoólicos e não alcoólicos.

#### 4.4.1 Hipóteses secundárias

- Existe uma maior prevalência de sintomas psicológicos entre homens alcoólicos em comparação a homens não alcoólicos.
- Existe uma maior prevalência de sintomas psicológicos entre mulheres alcoólicas em comparação a mulheres não alcoólicas.
- Há diferença entre os gêneros quanto a sintomas psicológicos nos alcoólicos.
- Há diferença entre os gêneros quanto a sintomas psicológicos nos não alcoólicos.
- Há diferença entre os grupos de homens alcoólicos e não alcoólicos e o grupo de mulheres alcoólicas e não alcoólicas quanto a sintomas psicológicos.

### 4.5 População e amostra

#### 4.5.1 População

Adultos com dependência alcoólica em abstinência frequentadores dos Alcoólicos Anônimos de ambos os sexos, e adultos não alcoólicos de ambos os sexos, moradores da Região Metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

#### 4.5.2 Amostra

A amostra foi composta de 60 sujeitos, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos. Destes, 30 são portadores de dependência alcoólica em abstinência, segundo o auto-relato dos próprios indivíduos e 30 relataram não ter dependência alcoólica. Os grupos foram pareados de acordo com o gênero, havendo 15 homens e 15 mulheres em cada grupo. Os 30 sujeitos com dependência alcoólica em abstinência são participantes do grupo de Alcoólicos Anônimos da cidade de São Leopoldo, Região Metropolitana de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os outros 30 indivíduos, é compostos, novamente, por 15 homens

e 15 mulheres, são identificados como não portadores de dependência alcoólica e moradores da Região Metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

#### 4.6 Emparelhamento da amostra

##### a) Idade dos entrevistados

	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Idade</b>
<b>Alcoólicos</b>	15	15	Entre 18 e 65 anos
<b>Não alcoólicos</b>	15	15	Entre 18 e 65 anos
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>60 indivíduos entre 18 e 65 anos</b>

**Tabela 7.** Emparelhamento amostra: Idade dos entrevistados.

##### b) Não Alcoólicos – Porcentagem da amostra por faixa etária e sexo

<b>NÃO ALCOÓLICOS</b>			
<b>Idade</b>	<b>Geral</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
<b>Entre 18 e 20 anos</b>	13%	20%	0%
<b>Entre 21 e 25 anos</b>	23%	27%	20%
<b>Entre 26 e 30 anos</b>	27%	20%	33%
<b>Entre 31 e 35 anos</b>	7%	0%	7%
<b>Entre 36 e 40 anos</b>	0%	7%	13%
<b>Entre 41 e 45 anos</b>	3%	7%	0%
<b>Entre 46 e 50 anos</b>	10%	7%	7%
<b>Mais de 50 anos</b>	17%	13%	20%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabela 8.** Porcentagem da amostra de Não Alcoólicos por faixa etária e sexo.

##### c) Alcoólicos – Porcentagem da amostra por faixa etária e sexo

<b>ALCOÓLICOS</b>			
<b>Idade</b>	<b>Geral</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
<b>Entre 18 e 20 anos</b>	3%	0%	0%
<b>Entre 21 e 25 anos</b>	7%	0%	7%
<b>Entre 26 e 30 anos</b>	7%	20%	7%
<b>Entre 31 e 35 anos</b>	10%	13%	0%
<b>Entre 36 e 40 anos</b>	23%	20%	33%
<b>Entre 41 e 45 anos</b>	7%	20%	0%
<b>Entre 46 e 50 anos</b>	13%	7%	7%

<b>Mais de 50 anos</b>	30%	20%	47%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabela 9.** Porcentagem da amostra de Alcoólicos por faixa etária e sexo.

d) Porcentagem da Profissão da amostra– **Homens**

<b>HOMENS</b>			
<b>Não alcoólicos</b>	<b>Percentil</b>	<b>Alcoólicos</b>	<b>Percentil</b>
Advogado	6,7%	Auxiliar Administrativo	13,3%
Agricultor	6,7%	Pedreiro	6,7%
Bailarino	6,7%	Metalúrgico	13,3%
Bancário	6,7%	Panfletagem	6,7%
Comerciante	13,3%	Comerciante	6,7%
Estudante	13,3%	Pintor	13,3%
Fisioterapeuta	6,7%	Serigrafista	6,7%
Professor	6,7%	Professor	6,7%
Psicólogo	20%	Sapateiro	6,7%
Representante comercial	6,7%	Representante comercial	6,7%
Técnico em Radiologia	6,7%	Técnico químico	6,7%
		Vigilante	6,7%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

**Tabela10.** Porcentagem da profissão da amostra - Homens.

e) Porcentagem da profissão das entrevistadas – **Mulheres**

<b>MULHERES</b>			
<b>Não alcoólicos</b>	<b>Percentil</b>	<b>Alcoólicos</b>	<b>Percentil</b>
Advogada	6,7%	Aposentada	6,7%
Auxiliar Administrativa	6,7%	Auxiliar Bibliotecária	6,7%
Do lar	13,3%	Do lar	40%
Designer	6,7%	Bibliotecária	6,7%
Empresária	6,7%	Recreacionista	13,3%
Estudante	40%	Técnica em Enfermagem	6,7%
Médica veterinária	6,7%	Vendedora	20%
Professora	13,3%		
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

**Tabela 11.** Porcentagem da profissão da amostra - Mulheres.

## f) Porcentagem do grau de instrução da amostra – Alcoolicos e Não Alcoolicos

<b>Não alcoólicos</b>	<b>Percentil</b>	<b>Alcoólicos</b>	<b>Percentil</b>
Analfabeto	0%	Analfabeto	3,3%
Fund. incompleto	3,3%	Fund. Incompleto	6,7%
Fundamental	0%	Fundamental	36,7%
Ensino Médio	56,7%	Ensino Médio	46,7%
Superior Incompleto	10%	Superior Incompleto	0%
Superior	30%	Superior	6,7%
Pós-Graduação	0%	Pós-Graduação	0%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Tabela 12. Porcentagem do grau de instrução da amostra – Alcoolicos e Não Alcoolicos

## g) Grau de instrução da amostra Não Alcoolicos por gênero

<b>NÃO ALCOÓLICOS</b>			
<b>Grau de instrução</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Geral</b>
Analfabeto	0%	0%	0%
Fund. incompleto	6,7%	0%	3,3%
Fundamental	0%	0%	0%
Ensino Médio	46,7%	66,7%	56,7%
Superior Incompleto	13,3%	6,7%	10%
Superior	33,3%	26,7%	30%
Pós-Graduação	0%	0%	0%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabela 13. Porcentagem do grau de instrução da amostra de Não Alcoolicos por gênero.

## h) Grau de instrução da amostra de Alcoolicos por gênero

<b>ALCOÓLICOS</b>			
<b>Grau de instrução</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Geral</b>
Analfabeto	0%	6,7%	3,3%
Fund. incompleto	13,3%	0%	6,7%
Fundamental	33,3%	40%	36,7%
Ensino Médio	46,7%	47%	46,7%

Superior Incompleto	0%	0%	0%
Superior	6,7%	6,7%	6,7%
Pós-Graduação	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabela 14.** Porcentagem do grau de instrução da amostra de Alcoólicos por gênero.

#### 4.7 Instrumento de pesquisa

O instrumento utilizado foi o *SCL-90 R, Checklist Symptom - 90 Revised*, que é uma escala de medidas de psicopatologias para medir as perturbações mentais associadas ao alcoolismo. Conforme Derogatis (1983), o observador clínico está limitado a reportar decisões a respeito do que “aparenta ser da experiência do paciente”, baseado no seu comportamento e no relato verbal. No auto-relato, é a opinião do paciente sobre ele mesmo o que confere maior fidedignidade ao instrumento. Algumas escalas de auto-relatos utilizadas como medida psicopatológica e de distúrbios patológicos foram construídas para avaliação de pacientes. Laloni (2001) aponta que em 1944, Derogatis construiu o *Symptoton Checklist-90-R– SCL-90-R* e em 1983 o *Brief Sympton Inventory-BSI* que são atualmente os inventários mais comuns na administração da avaliação clínica de medidas psicopatológicas.

Em 1980, Derogatis desenvolveu um instrumento auto-administrado, configurado por uma escala constituída por 90 itens, com variação *Likert* de cinco pontos. A escala se agrupa em 9 dimensões: Somatização, Obsessivo-Compulsivo, Sensibilidade, Relação Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica (Fobia), Ideação Paranóide e Psicose.

Esta escala é o *GSI - Global Severity Index*, que é calculado através da soma dos escores em todas as dimensões e dos itens adicionais, dividindo-se o resultado pelo total de itens respondidos.

De acordo com Laloni (2001), Derogatis e Clearly construíram em 1977 as nove dimensões primárias de sintomas do *SCL-90-R*, as quais foram verificadas empiricamente. Há sete itens adicionais no *SCL-90-R* que não fazem parte de nenhuma das nove dimensões e foram incluídos porque possuem significância clínica e contribuem para o escore global da escala. Segundo o autor, a *SCL-90-R* não se trata de uma medida de personalidade e é projetada para refletir o nível de sintomas psicopatológicos de pacientes psiquiátricos, pacientes clínicos e indivíduos da comunidade em geral. A medida é muito útil, por ser



aplicada em alcoólicos, resultando na possibilidade de verificar a relação do uso do álcool e os aspectos psicopatológicos dos sujeitos. O inventário auto-relatado de sintomas pode ser usado como um instrumento de investigação profunda para avaliar, confirmar e definir quem requer um período de cuidados profissionais mais especializados. Este instrumento pode ser usado, ainda, como fonte padrão de informações para satisfação e segurança clínica ao nível de todos pacientes.

Uma das vantagens do auto-relato é ele ser uma forma amena para atualizar métodos de interpretação e pontuação, podendo ser realizado através de computadores ou à mão. Finalmente, o inventário auto-relato de sintomas veio para ser um dos mais freqüentes meios de operacionalização, definindo “normalidade” versus “anormalidade” e tem mostrado altos níveis de validação do ferramental de busca. Derogatis (1983) e Laloni (2001) assinalam uma preocupação na validação do instrumento quanto a opinião dos pacientes no que se refere as suas peculiaridades e particularidades mais relevantes.

O *SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised)* é um instrumento multidimensional que permite uma avaliação ampla de problemas psicológicos e uma medida para avaliar sintomas psicopatológicos. Há registro de publicação da avaliação de *SCL-90-R* em estudos de população brasileira. A estrutura do *SCL-90-R* é composta de itens agrupados em nove dimensões, sendo sete itens de Somatização, seis de Obsessivo-Compulsivo, quatro de Sensibilidade (Relação) Interpessoal, seis de Depressão, seis de Ansiedade, cinco de Hostilidade, cinco de Ansiedade Fóbica (Fobia), cinco de Idéias Paranóides, cinco de Psicose. O *SCL-90R* é um instrumento disponível de fácil aplicação e de simples compreensão dos respondentes (LALONI, 2001).

Ainda segundo Laloni (2001), no Brasil, o *SCL-90-R* foi estudado para ampliar o espectro de instrumentos disponível para os profissionais brasileiros. O *SCL-90-R* é capaz de avaliar sintomas psicológicos em pacientes com doenças físicas. As nove dimensões são verificadas em 90 itens, aos quais o avaliado indica um grau de intensidade de 5 pontos assim distribuídos:

0	1	2	3	4
Nenhum sintoma	um pouco	moderadamente	bastante	extremamente ou muito

**Tabela 15.** Escala do grau de intensidade das dimensões avaliadas no SCL-90-R.

## 4.8 Variáveis

Variáveis identificadas através do *SCL-90-R*: Sintomas de Psicose, Ideação Paranóide, Ansiedade Fóbica (Fobia), Hostilidade, Ansiedade, Depressão, Sensibilidade (Relação) Interpessoal, Obsessivo Compulsivo, Somatização. Para este estudo foi desenvolvida, ainda, uma ficha de dados sócio-demográficos que consta as seguintes variáveis: sexo, instrução, idade, profissão.

## 4.9 Procedimentos

### 4.9.1 Procedimentos para coleta de dados

Após a aprovação do projeto, o instrumento foi aplicado nos sujeitos da amostra que foram convidados a participar da pesquisa. Os mesmos assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido e em seguida responderam ao instrumento.

As pessoas não alcoólicas foram selecionadas aleatoriamente em diferentes locais, tais como salas de aula da universidade, bairro dos pesquisadores e colegas de trabalho. Os pesquisadores iniciaram a investigação com a pergunta sobre o interesse na participação da pesquisa, mas nem todos os convidados aceitaram preencher o instrumento após a explicação do pesquisador de que para preencher o questionário não deveriam utilizar álcool, tendo sido descartados sete sujeitos. De forma geral, o assunto alcoolismo gerou curiosidade e poucas pessoas não se dispuseram a participar.

Em relação aos sujeitos que são dependentes de álcool, todos são participantes dos Alcoólicos Anônimos. Os pesquisadores primeiramente entraram em contato diretamente com os coordenadores dos Grupos de Alcoólicos Anônimos da cidade de São Leopoldo. Foi realizada uma explicação sobre a pesquisa, quais seus objetivos, o tempo que levaria para cada pessoa preencher o questionário. Foi explicitado, ainda, que a participação seria voluntária e que os dados seriam mantidos em confidencialidade.

Aos pesquisadores foi permitido comparecer às reuniões públicas nas quais participaram como convidados, de acordo com o protocolo dos Alcoólicos Anônimos. A explanação breve sobre o trabalho de pesquisa gerou muitas perguntas, desde a curiosidade pela pesquisa em si até perguntas de ordem pessoal. Em geral, as dúvidas foram sobre o tema

do alcoolismo. A maioria dos integrantes dos Alcoólicos Anônimos se dispôs a responder e preencher os dados, não se recusando a contribuir. Uma questão importante foi o fato de que havia poucas mulheres nas reuniões. As visitas se prolongaram para que se obtivesse o número de mulheres que era necessário para a pesquisa. Dentre os alcoólicos foram descartados três sujeitos.

#### 4.9.2 Procedimentos de tratamento dos dados

Foi realizada digitação única com conferência de dados e análise da qualidade dos mesmos por auxiliares de pesquisa treinados que compararam a digitação aos instrumentos em papel. O banco de dados foi construído com auxílio de planilha Excel, sendo exportado depois para ser lido e interpretado pelo *software SPSS* versão 10.0 para *Windows*.

A análise dos dados constou de análise univariada (frequência, percentual, médias e desvio padrão) para descrição da amostra e análise bivariada (teste *t* de *Student* entre grupos) para comparar os grupos estudados (alcoólicos *vs* não alcoólicos; mulheres alcoólicas *vs* mulheres não alcoólicas; homens alcoólicos *vs* homens não alcoólicos; mulheres alcoólicas *vs* homens alcoólicos; e, mulheres não alcoólicas *vs* homens não alcoólicos; homens não alcoólicos e homens alcoólicos *vs* mulheres não alcoólicas e mulheres alcoólicas. Para a comparação das médias dos grupos foi utilizado o Teste *t* de *Student* para amostras independentes. Para todos os testes foi estabelecido um nível de significância de 5%.

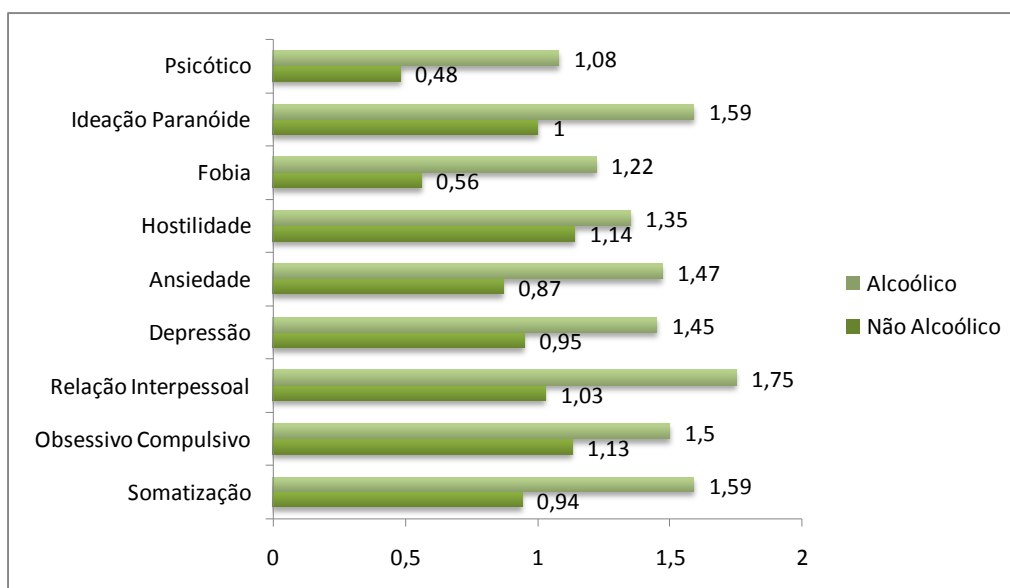
## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na seqüência abaixo se apresentam os resultados estatísticos encontrados neste estudo. Os resultados estão dispostos em tabelas e gráficos, nesta ordem, com as informações dos sintomas avaliados, os grupos de alcoólicos e não alcoólicos e o número de indivíduos por grupo e as médias, desvio padrão e  $p^*$  correspondentes a cada sintoma avaliado por grupo.

Sintoma	Grupo	n°	Média	Desvio-padrão	P*
Psicótico	Alcoólicos	30	1,08	0,66	0,000
	Não Alcoólicos	30	0,48	0,47	
Ideação Paranóide	Alcoólicos	30	1,59	0,69	0,001
	Não Alcoólicos	30	1,00	0,64	
Fobia	Alcoólicos	30	1,22	0,67	0,000
	Não Alcoólicos	30	0,56	0,53	
Hostilidade	Alcoólicos	30	1,35	0,69	0,292
	Não Alcoólicos	30	1,14	0,79	
Ansiedade	Alcoólicos	30	1,47	0,68	0,001
	Não Alcoólicos	30	0,87	0,63	
Depressão	Alcoólicos	30	1,45	0,64	0,003
	Não Alcoólicos	30	0,95	0,70	
Relação interpessoal	Alcoólicos	30	1,75	0,72	0,000
	Não Alcoólicos	30	1,03	0,65	
Obsessivo Compulsivo	Alcoólicos	30	1,50	0,62	0,022
	Não Alcoólicos	30	1,13	0,59	
Somatização	Alcoólicos	30	1,59	0,73	0,000
	Não Alcoólicos	30	0,94	0,54	

**Tabela 16.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos (Homens + Mulheres).

Através do teste  $t$  de *Student*, utilizando um nível de significância de 5%, podemos verificar que existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios dos indivíduos alcoólicos e não alcoólicos em todos os sintomas, exceto Hostilidade ( $p=0,292$ ). Nesse item, embora os alcoólicos apresentem média superior, a diferença não é estatisticamente significativa. Nos demais sintomas, as médias dos alcoólicos foram invariavelmente superiores, indicando maior gravidade do sintoma.



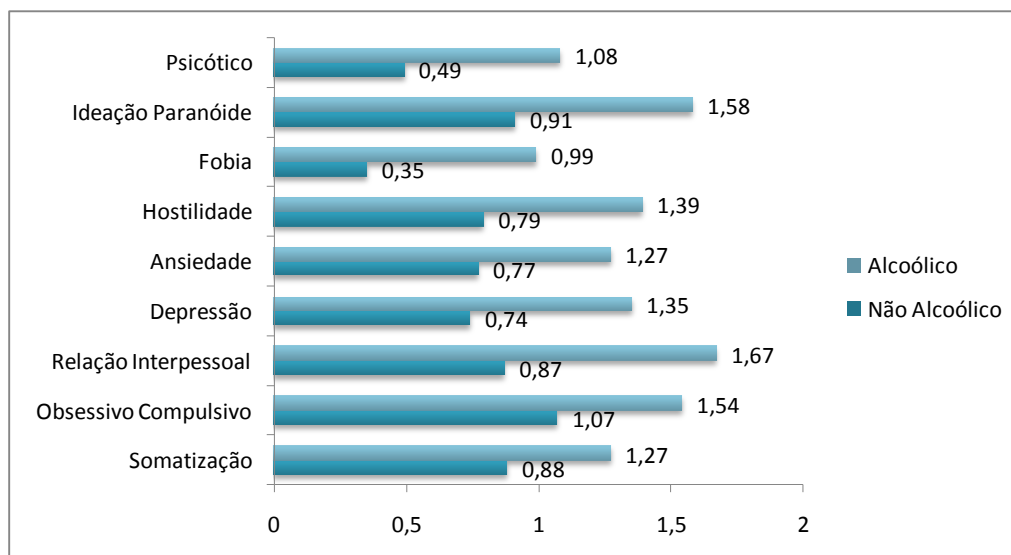
**Gráfico 1.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos (Homens+Mulheres).

Sintoma	Grupo	nº	Média	Desvio-padrão	P*
Psicótico	Alcoólicos	15	1,08	0,68	0,010
	Não Alcoólicos	15	0,49	0,47	
Ideação paranóide	Alcoólicos	15	1,58	0,68	0,012
	Não Alcoólicos	15	0,91	0,68	
Fobia	Alcoólicos	15	0,99	0,63	0,003
	Não Alcoólicos	15	0,35	0,42	
Hostilidade	Alcoólicos	15	1,39	0,84	0,034
	Não Alcoólicos	15	0,79	0,62	
Ansiedade	Alcoólicos	15	1,27	0,64	0,046
	Não Alcoólicos	15	0,77	0,67	
Depressão	Alcoólicos	15	1,35	0,67	0,013
	Não Alcoólicos	15	0,74	0,59	
Relação interpessoal	Alcoólicos	15	1,67	0,74	0,007
	Não Alcoólicos	15	0,87	0,74	
Obsessivo Compulsivo	Alcoólicos	15	1,54	0,61	0,061
	Não Alcoólicos	15	1,07	0,70	
Somatização	Alcoólicos	15	1,27	0,61	0,081
	Não Alcoólicos	15	0,88	0,57	

**Tabela 17.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Indivíduos do sexo masculino.

Através do teste *t de Student*, utilizando um nível de significância de 5%, podemos verificar que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios obtidos pelos indivíduos do sexo masculino em comparação aos alcoólicos e não alcoólicos nos sintomas Obsessivo compulsivo ( $p=0,061>5\%$ ) e Somatização ( $p=0,081>5\%$ ). Para os demais sintomas os indivíduos alcoólicos e não alcoólicos do sexo masculino diferem de

forma estatisticamente significativa quanto ao escore médio. Verifica-se que os sintomas de Relação Interpessoal, Ideação Paranóide e Hostilidade apresentam as maiores médias. O sintoma Obsessivo Compulsivo, embora apresente uma média alta nos indivíduos alcoólicos, não apresenta diferença estatisticamente significativa entre os alcoólicos e os não alcoólicos.

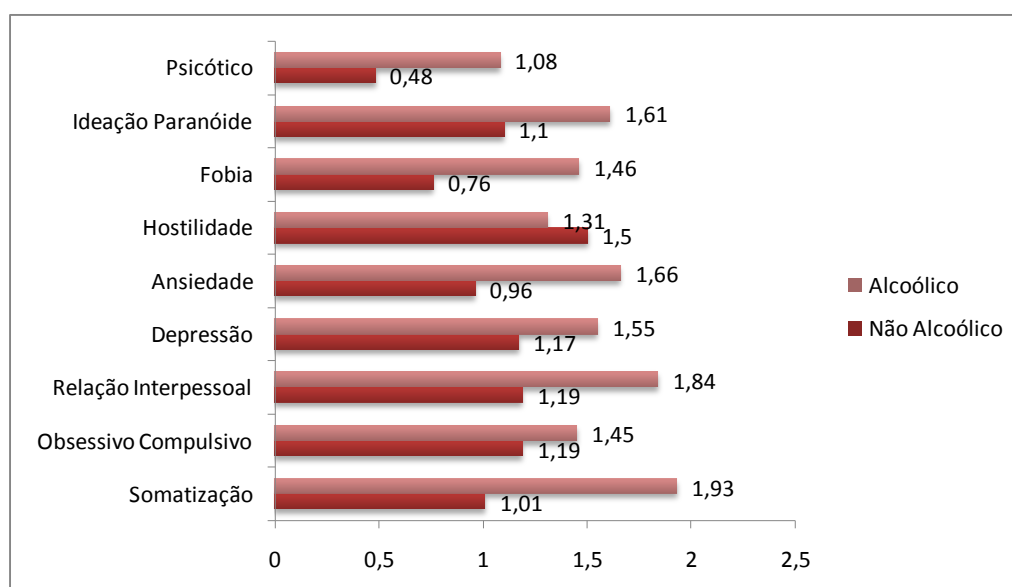


**Gráfico 2.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Indivíduos do sexo masculino.

Sintoma	Grupo	nº	Média	Desvio-padrão	P*
Psicótico	Alcoólicos	15	1,08	0,66	0,009
	Não Alcoólicos	15	0,48	0,50	
Ideação paranóide	Alcoólicos	15	1,61	0,73	0,046
	Não Alcoólicos	15	1,10	0,60	
Fobia	Alcoólicos	15	1,46	0,66	0,004
	Não Alcoólicos	15	0,76	0,57	
Hostilidade	Alcoólicos	15	1,31	0,54	0,461
	Não Alcoólicos	15	1,50	0,81	
Ansiedade	Alcoólicos	15	1,66	0,68	0,006
	Não Alcoólicos	15	0,96	0,59	
Depressão	Alcoólicos	15	1,55	0,61	0,078
	Não Alcoólicos	15	1,17	0,54	
Relação interpessoal	Alcoólicos	15	1,84	0,71	0,008
	Não Alcoólicos	15	1,19	0,51	
Obsessivo Compulsivo	Alcoólicos	15	1,45	0,65	0,206
	Não Alcoólicos	15	1,19	0,47	
Somatização	Alcoólicos	15	1,93	0,70	0,000
	Não Alcoólicos	15	1,01	0,52	

**Tabela 18.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Indivíduos do sexo feminino.

Através do teste t de *Student*, utilizando um nível de significância de 5%, podemos verificar que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios obtidos pelos indivíduos do sexo feminino em comparação a alcoólicos e não alcoólicos nos sintomas: Hostilidade ( $p = 0,461 > 5\%$ ), Depressão ( $p=0,078>5\%$ ) e Obsessivo Compulsivo ( $p=0,206 > 5\%$ ). Para os demais sintomas, os indivíduos alcoólicos e não alcoólicos do sexo feminino diferem de forma estatisticamente significativa quanto ao escore médio. Verifica-se que os sintomas de Somatização, Relações Interpessoais e Ansiedade são mais presentes nas mulheres alcoólicas, indicando maior gravidade. No sintoma Hostilidade, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, as mulheres não alcoólicas apresentam maior média.



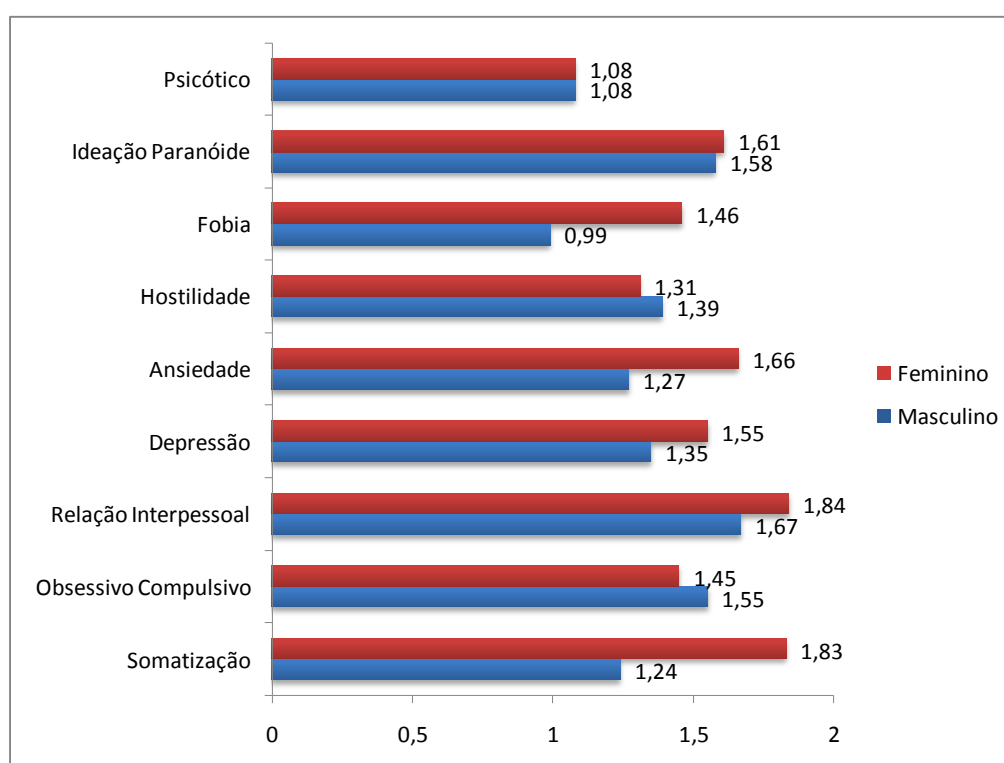
**Gráfico 3.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos - Indivíduos do sexo feminino.

Sintoma	Grupo	nº	Média	Desvio-padrão	p*
Psicótico	Masculino	15	1,08	0,68	1,000
	Feminino	15	1,08	0,66	
Ideação paranóide	Masculino	15	1,58	0,68	0,898
	Feminino	15	1,61	0,73	
Fobia	Masculino	15	0,99	0,63	0,057
	Feminino	15	1,46	0,66	
Hostilidade	Masculino	15	1,39	0,84	0,765
	Feminino	15	1,31	0,54	
Ansiedade	Masculino	15	1,27	0,64	0,120
	Feminino	15	1,66	0,68	
Depressão	Masculino	15	1,35	0,67	0,394
	Feminino	15	1,55	0,61	

Relação interpessoal	Masculino	15	1,67	0,74	0,526
	Feminino	15	1,84	0,71	
Obsessivo Compulsivo	Masculino	15	1,55	0,60	0,685
	Feminino	15	1,45	0,65	
Somatização	Masculino	15	1,24	0,66	0,032
	Feminino	15	1,83	0,78	

**Tabela 19.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino.

Através do teste *t de Student*, utilizando um nível de significância de 5%, podemos verificar que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios obtidos pelos indivíduos alcoólicos do sexo masculino, comparados aos indivíduos alcoólicos do sexo feminino. Para os sintomas Somatização ( $p=0,032<5\%$ ) e Fobia ( $p=0,057\geq 5\%$ ), os indivíduos alcoólicos do sexo masculino diferem de forma estatisticamente significativa do sexo feminino quanto ao escore médio. Verifica-se que os sintomas Somatização, Relação Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Fobia e Ideação Paranóide no sexo feminino apresentam as maiores médias.



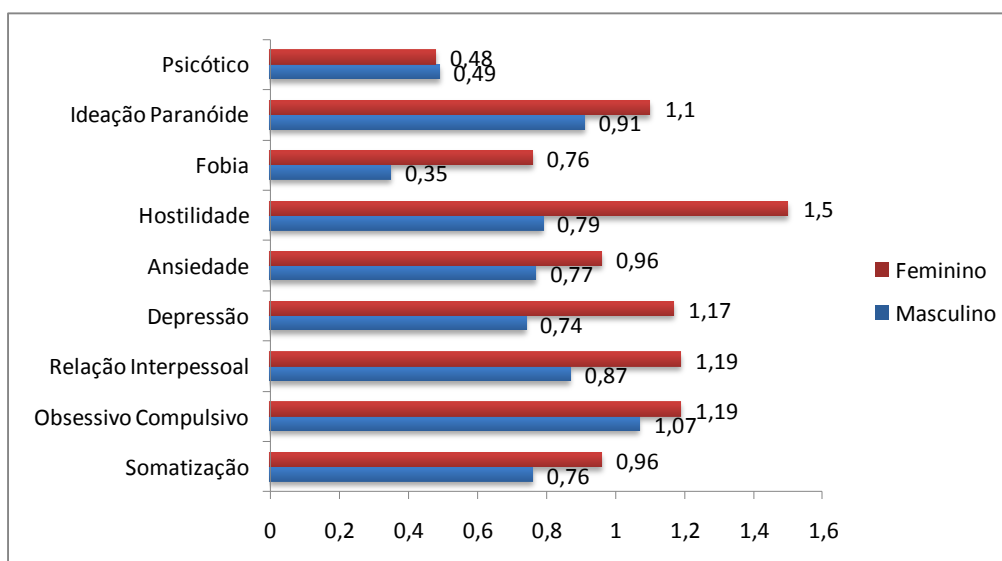
**Gráfico 4.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino.



Sintoma	Grupo	n°	Média	Desvio-padrão	p*
Psicótico	Masculino	15	0,49	0,47	0,97
	Feminino	15	0,48	0,5	
Ideação paranóide	Masculino	15	0,91	0,68	0,429
	Feminino	15	1,1	0,6	
Fobia	Masculino	15	0,35	0,42	0,033
	Feminino	15	0,76	0,57	
Hostilidade	Masculino	15	0,79	0,62	0,012
	Feminino	15	1,5	0,81	
Ansiedade	Masculino	15	0,77	0,67	0,427
	Feminino	15	0,96	0,59	
Depressão	Masculino	15	0,74	0,59	0,046
	Feminino	15	1,17	0,54	
Relação interpessoal	Masculino	15	0,87	0,74	0,192
	Feminino	15	1,19	0,51	
Obsessivo Compulsivo	Masculino	15	1,07	0,7	0,606
	Feminino	15	1,19	0,47	
Somatização	Masculino	15	0,76	0,59	0,344
	Feminino	15	0,96	0,55	

**Tabela 20.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos não alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino.

Através do teste *t de Student*, utilizando um nível de significância de 5%, podemos verificar que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios obtidos pelos indivíduos não alcoólicos do sexo masculino, comparados aos indivíduos não alcoólicos do sexo feminino. Para os sintomas Depressão ( $p=0,046<5\%$ ), Hostilidade ( $p=0,012<5\%$ ) e Fobia ( $p=0,033<5\%$ ), os indivíduos alcoólicos do sexo masculino diferem do sexo feminino quanto ao escore médio. Verifica-se que todos os sintomas nos indivíduos do sexo feminino apresentam as maiores médias, exceto no sintoma Psicose.

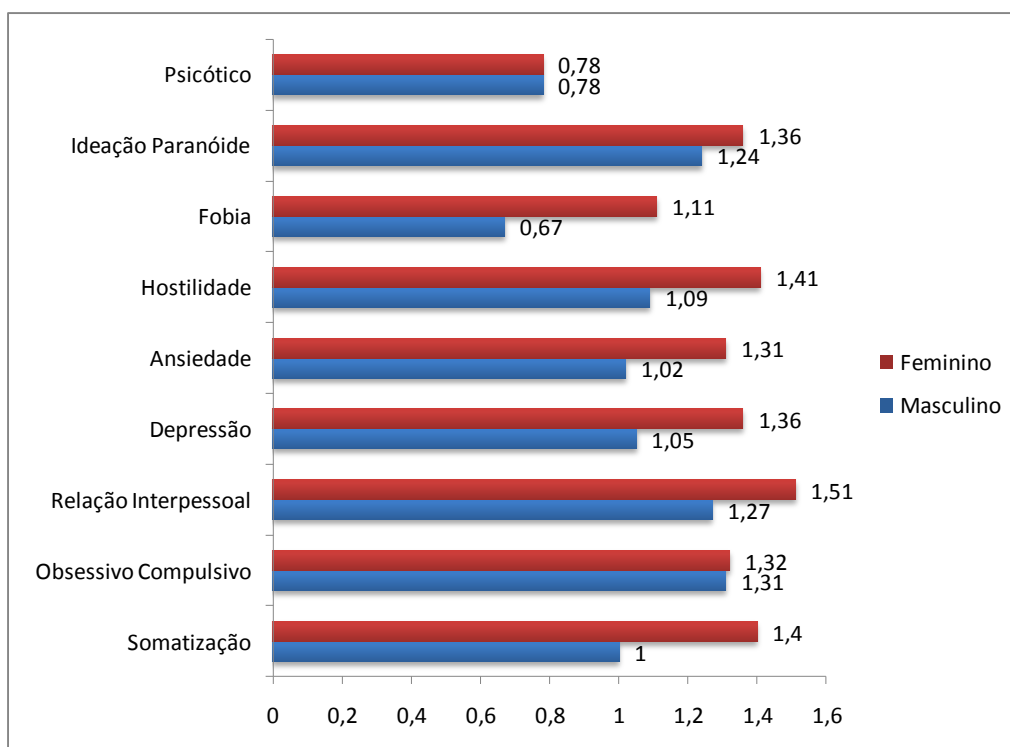


**Gráfico 5.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos não alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino.

Sintoma	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	P*
Psicótico	Masculino	30	0,78	0,65	0,984
	Feminino	30	0,78	0,65	
Ideação paranóide	Masculino	30	1,24	0,75	0,558
	Feminino	30	1,36	0,71	
Fobia	Masculino	30	0,67	0,62	0,013
	Feminino	30	1,11	0,7	
Hostilidade	Masculino	30	1,09	0,79	0,102
	Feminino	30	1,41	0,69	
Ansiedade	Masculino	30	1,02	0,69	0,122
	Feminino	30	1,31	0,72	
Depressão	Masculino	30	1,05	0,69	0,063
	Feminino	30	1,36	0,6	
Relação interpessoal	Masculino	30	1,27	0,83	0,229
	Feminino	30	1,51	0,69	
Obsessivo Compulsivo	Masculino	30	1,31	0,68	0,951
	Feminino	30	1,32	0,57	
Somatização	Masculino	30	1	0,66	0,04
	Feminino	30	1,4	0,8	

**Tabela 21.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos de indivíduos não alcoólicos e alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino.

Através do teste *t de Student*, utilizando um nível de significância de 5%, podemos verificar que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios obtidos pelos indivíduos alcoólicos e não alcoólicos do sexo masculino, comparados aos indivíduos alcoólicos e não alcoólicos do sexo feminino nos sintomas Obsessivo Compulsivo ( $p = 0,951 > 5\%$ ), Relação Interpessoal ( $p = 0,229 > 5\%$ ), Depressão ( $p = 0,063 > 5\%$ ), Ansiedade ( $p = 0,122 > 5\%$ ), Hostilidade ( $p = 0,102 > 5\%$ ) e Psicose ( $p = 0,984 > 5\%$ ). Os sintomas Somatização ( $p = 0,040 < 5\%$ ), Ideação Paranóide ( $p = 0,008 < 5\%$ ) e Fobia ( $p = 0,033 < 5\%$ ), nos indivíduos alcoólicos e não alcoólicos do sexo masculino diferem mente do sexo feminino quanto ao escore médio. Verifica-se que todos os sintomas nos indivíduos do sexo feminino apresentam as maiores médias, exceto o sintoma Psicose.



**Gráfico 6.** Estatísticas descritivas e comparação das médias de cada sintoma entre os grupos de indivíduos não alcoólicos e alcoólicos - Indivíduos do sexo feminino e masculino.

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*“Discutir é uma forma de pensar...”.*

Umberto Eco, 1988.

### 6.1 Discussão dos resultados da Tabela 1

No presente estudo procurou-se saber se existe diferença entre os sintomas psicológicos na comparação entre indivíduos que consomem álcool e os que não consomem álcool. Nos resultados encontrados verificou-se que existe diferença entre os escores médios dos indivíduos alcoólicos e não alcoólicos em todos os sintomas, exceto Hostilidade ( $p = 0,292 > 5\%$ ), no qual, apesar dos alcoólicos terem apresentado média superior, a diferença não foi estatisticamente significativa. Nos demais sintomas, as médias dos alcoólicos foram invariavelmente superiores, indicando maior gravidade dos sintomas.

Os sintomas foram pesquisados e analisados detalhadamente e deram origem a diversas considerações, com base na tabela 1. Desta forma, nos indivíduos alcoólicos, o sintoma Relação Interpessoal ( $p=0,000 < 5\%$ ) estava em primeiro lugar no que tange a média (1,75), seguido por Ideação Paranóide ( $p=0,001 < 5\%$ ) e Somatização ( $p=0,000 < 5\%$ ), em segundo lugar em relação à média (1,59), e o sintoma Obsessivo Compulsivo ( $p=0,022 < 5\%$ ) em terceiro lugar, em relação à média (1,50). Os sintomas avaliados sugerem uma gama de reações que são sintomáticas, portanto resultado de algo que estava ocorrendo com o sujeito pesquisado no momento da pesquisa.

O grupo de sintomas referente à Relação Interpessoal ( $p=0,000 < 5\%$ ) remete aos aspectos projetivos, de auto-estima e auto-referência dos alcoólicos e não alcoólicos pesquisados. Na pesquisa, os resultados evidenciam que alcoólicos tem maior média neste sintoma em comparação com os indivíduos não alcoólicos. Derogatis (1983) e Laloni (2001) afirmam que o alcoólico apresenta-se tímido, ofendido, criticado pelos demais, sente-se inferior, como se as pessoas não gostassem dele. O alcoólico sente-se embaraçado e pouco à vontade com outras pessoas, conforme constatado na pesquisa realizada, que comprovou que

a auto-estima nos alcoólicos é inferior a dos não alcoólicos, de acordo com definição de termos.

Segundo Freud (1917/1980), os melancólicos se autodegradam, não ocorrendo correspondência em suas justificativas. Pereira (2005), refere que o ego do alcoólico, à semelhança do ego do melancólico, é empobrecido e, da mesma forma, faz com que ele se destaque como incapaz, desprezível, intensificando-se um delírio de inferioridade. O uso do álcool vem ao encontro das necessidades daqueles que provavelmente já possuem em si algo que emergirá frente ao uso e abuso, pois o alcoolismo é um traço marcante do progenitor masculino, sendo esta identificação recorrente na vertente do pai do gozo e não do pai da lei. O sentimento de inferioridade e de ser criticado que ocorre com os alcoólicos em maior expressão, remete para alguns aspectos teóricos que corroboram aos achados desta pesquisa.

Freud (1917/1980), nos remete a constatação de que na melancolia a pessoa sente a perda de um ideal, e este sentimento não consegue ser nomeado, pois advém de uma sensação relativa não a quem, mas ao que foi perdido. Mendes (1989) e Araújo (1995) afirmam que os alcoólicos estariam submissos numa posição de desejo passivo-masoquista em um estado configurado como de objeto do pai. O luto pode também estar representado pela desidealização do pai, mesmo que este não seja falecido. O drogado é uma pessoa enlutada do pai vivo ou de um pai perfeito, que nunca teve.

Os aspectos sociais e ritualizados em relação ao consumo de álcool ocorrem com indivíduos adolescentes ou adultos em todas as etapas. Para os autores, os adolescentes seguem uma lista de vantagens que os induzem a consumir álcool. Os adultos, assim como os adolescentes, afirmam que apresentam melhor desempenho em atividades sociais como: desinibir, ficar alegre e aproveitar a festa quando consomem álcool. Também referem que o consumo de álcool diminui os sentimentos desagradáveis: esquecem os problemas, ficam contentes e diminuem suas tristezas. Frente à constatada baixa auto-estima, os alcoólicos lançam mão do uso e abuso do álcool para minimizar seus efeitos. Os autores referem, ainda, que os rapazes abstinidos são pressionados pelos outros rapazes a beberem, sendo questionados quanto a sua masculinidade, se não o fizerem. As meninas, por sua vez, não são tão pressionadas quanto os rapazes, não sendo discriminadas por serem abstinidas. As moças que não bebem podem até ser valorizadas por isto.

A desorganização econômica aparece como um dos fatores indutores do consumo de álcool potencializando o grupo de sintomas Relações Interpessoais. Ramos e Bertolote

(1997); Vespucci e Vespucci (1999) apontam que quando ocorre desemprego aumenta a crise social do alcoólico. Não pagar contas ou atrasá-las, não manter a casa de forma digna, ou seja, limpa, arrumada, em condições mínimas para a convivência, sem cortes dos recursos mínimos, torna o convívio social afetado de forma negativa. Os alcoólicos afastam vizinhos e companheiros, ocorre isolamento e distanciamento das pessoas da família e da comunidade.

Os itens relativos ao sintoma Ideação Paranóide ( $p=0,001<5\%$ ) (tabela 1) sugerem que o sujeito não tem recursos internos suficientes que lhe garantam segurança, pois sente que não pode confiar nas pessoas, sente-se observado pelos demais e considera que não lhe dão o devido valor (DEROGATIS, 1983 e LALONI, 2001). Além de não poder confiar nas outras pessoas, o sujeito alcoólico considera que estas não dão o devido valor a seu trabalho, o que remete a baixa auto-estima tornando-o desconfiado. Entende-se também que os pensamentos com um funcionamento mente projetivo e sentimentos considerados como funções egóicas estão prejudicados, se comparados com as pessoas que não consomem álcool.

Os resultados encontrados na tabela 1 podem ser amparados ao que Melman (2000) afirma quando descreve que o sujeito alcoólico não sente que recebe dos demais algum retorno frente a uma suposta doação de si. O alcoólico sente como se o seu lugar, sua existência como sujeito, e o seu suporte emocional estivessem falidos. Para Freud (1917/1980) uma parte do ego se coloca contra a outra, tomando-a como seu objeto e a criticando. As recriminações que o alcoólico faz aparentemente a outrem podem ser recriminações a uma parte de si fruto do deslocamento do objeto sobre seu próprio ego. Ocorre desconfiança, medo de perder a autonomia e seus sentimentos de desilusão, situações constatadas nos resultados que foram encontrados na pesquisa, que se destacam nos alcoólicos mais que nos não alcoólicos.

Melman (2000) assinala que o alcoólico tem, em relação a seu espaço, um “fora” fraterno e cativante e um “dentro” familiar repulsivo. Os indivíduos alcoólicos variam o humor, indo da expansão eufórica e megalomaníaca à depressão suicida. Segundo o autor, esta depressão é formada por emoções que alimentam sua culpabilidade e sentimentos de indignidade. Nos sintomas de Ideação Paranóide encontrados nesta pesquisa, os aspectos projetivos deste sintoma, as idéias de que outras pessoas são culpadas pela maioria de seus problemas, ou de não poder confiar na maioria das pessoas (DEROGATIS, 1983) remetem ao entendimento de Melman (2000) de que o álcool pode ser entendido como um medicamento para o superego, tendo, como todos os tóxicos, efeitos farmacodinâmicos inversos. Para

Edwards, Marshall e Cook (2005), a dependência do álcool causa ciúme, sendo a explicação psicodinâmica, de que por receio de perder a virilidade, o homem busca o álcool. O álcool também causa impotência, e o conseqüente ciúme patológico, comum nos alcoólicos, é explicado pela chamada “paranóia alcoólica”.

A Somatização ( $p=0,001<5\%$ ) foi um sintoma que também se destacou de forma estatisticamente significativa na comparação entre alcoólicos e não alcoólico, juntamente com os sintomas de Ideação Paranóide, como um conjunto de sintomas referentes ao que está presente nas sensações do corpo. Segundo Laranjeira e Pinsky (2001); Focchi et al (2001) e Edwards, Marshall e Cook (2005), a Somatização remete para as manifestações corporais que são acrescentadas de angústia frente à realidade enfrentada pelo alcoólico advinda da deterioração de seu soma. As queixas manifestadas pelos alcoólicos são procedentes no que tange às complicações com o consumo do álcool e a Somatização. Os sintomas identificados como físicos são: tremores, náuseas, vômitos, sudoreses, cefaléias, câimbras e tonturas. A senso-percepção se altera, decorrendo desta, pesadelos, ilusões e alucinações auditivas, visuais, táteis.

Fontes, Figlie e Laranjeira (2006) em seus estudos, demonstraram altos índices de mortalidade de pacientes alcoólicos em dois grupos. Um dos grupos era atendido em ambulatório especializado em alcoolismo e outro em ambulatório de gastroenterologia. Na amostra, houve mortalidade de 15%, sendo que destas mortes, 74,5% eram do ambulatório de gastroenterologia. O estudo, entretanto, marca com maior precisão os sintomas somáticos decorrentes também das repercussões afetivas. Os sintomas afetivos são: ansiedade, irritabilidade, fraqueza, inquietação e depressão.

Na pesquisa realizada, o sintoma Obsessivo Compulsivo ( $p=0,022<5\%$ ) foi o sintoma que apareceu em terceiro lugar ao serem comparadas as médias entre alcoólicos e não alcoólicos. Os sintomas Obsessivos Compulsivos para Derogatis (1983) e Laloni (2001) apontam para os seguintes itens: pensamentos desagradáveis, desleixo, dificuldades em fazer qualquer trabalho ou fazer tudo devagar, já que o alcoólico não tem certeza se o que faz está bem feito.

Segundo Campbell e Graham (1991), Vespucci e Vespucci (1999), Vaillant (1999), e Edwards, Marshall e Cook (2005), a família, assim como o emprego do bebedor-problema, está constantemente ameaçada. Situações desagradáveis e de risco ocorrem, pois o alcoólico tem, na maioria dos casos, suas ações estruturadas em torno do álcool de forma

obsessiva. Remoer compulsivamente lembranças sobre o álcool é uma das constatações sobre o envolvimento da pessoa que bebe com a bebida. Para os autores, o álcool faz parte da vida da pessoa alcoólica e sua ausência não significa que o sujeito não gire em torno do álcool. Não existe a possibilidade de parar de beber e os alcoólicos se desdobram nas situações referentes à vida e às atividades laborais, para conseguir beber. Os indivíduos que consomem álcool sentem mais dificuldades que os não consumidores em tomar decisões, precisam verificar várias vezes as coisas que fazem, sendo a bebida um ritual que visa preencher a sensação de vazio.

As constatações da presente pesquisa remetem ao que Derogatis (1983) e Laloni (2001) verificaram sobre o sintoma Obsessivo-Compulsivo, no qual ocorrem dificuldades em tomar decisões, dificuldades de concentração, esquecimentos, dificuldades em lembrar-se de coisas passadas e também presentes. Os itens do sintoma Obsessivo Compulsivo manifestado pelos alcoólicos são focalizados em pensamentos, impulsos e ações sentidas como renitentes e indesejáveis, apesar de serem irresistíveis. Para Campbell e Graham, (1991) e Vaissman (2004), este sintoma tem reflexos na vida dos trabalhadores que consomem álcool, configurando-se como problema nas organizações.

A drogadição, assim como o consumo excessivo de álcool, apresenta-se no trabalhador na forma de sintomas como: absenteísmo, falta de pontualidade, queda na produtividade e qualidade no trabalho, mudanças nos hábitos pessoais e relacionamento ruim com os colegas. Em relação ao consumo de álcool e suas relações com o trabalho, Michel (2000) também refere que o consumo do álcool está na base do desempenho insatisfatório do funcionário observado pelos supervisores e gerentes das empresas. Laranjeira e Pinsky (2001) explicam, ainda, que o alcoólico tem diminuída a memória e o raciocínio complexo e muitas vezes não consegue fazer julgamento adequado de situações difíceis.

Os resultados referentes aos sintomas Relação Interpessoal, Ideação Paranóide, Somatização e Obsessivo-Compulsivo encontrados nesta pesquisa comprovam o que já afirma Gorgulho (1996), quando ressalta ser o ambiente de trabalho o local onde as pessoas passam diariamente mais da metade do seu tempo útil e, por este motivo, representa um centro de realizações e frustrações, tanto pessoais quanto profissionais. A autora observou questões como competitividade, isolamento social, ausência e baixo reconhecimento do valor pessoal e profissional, além da automatização do trabalho, dificuldades interpessoais dentro e fora do mesmo nível hierárquico, como sendo as principais fontes de insatisfação no trabalho. Nas relações de trabalho, não é o indivíduo que conta, mas o seu papel dentro da máquina



produtiva. Estes cenários estão implicados no fenômeno do uso indevido de drogas em local de trabalho.

Pode-se pensar que frente às questões do trabalho os sintomas de Relação Interpessoal, Ideação Paranóide, Somatização e Obsessivo Compulsivo venham ao encontro uns dos outros, pois o trabalho, nas suas configurações de organização na contemporaneidade, é um terreno fértil para que os sintomas dos alcoólicos recrudesçam.

Nos resultados encontrados verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios dos indivíduos alcoólicos e não alcoólicos no sintoma Hostilidade ( $p = 0,292 > 5\%$ ). O sintoma Hostilidade, também pode ser compreendido à luz do âmago do desenvolvimento humano. Em Freud (1915/1980), as pulsões de vida levam ao crescimento, desenvolvimento, reprodução e ampliação da vida. A pulsão de morte luta para fazer o organismo voltar à inércia, ao inorgânico. Cassorla (1998), corroborando com o pensamento Freudiano, afirma que todos os seres humanos terminam morrendo, é como se a pulsão de morte terminasse vencendo. Entretanto, a pulsão de morte tendo como manifestação comportamentos de agressividade que auxiliam a pulsão de vida, pois a agressividade deve manifestar-se para que a pessoa lute, sobreviva e prolongue sua vida. Somente quando existem conflitos muito intensos a pulsão de morte fica exacerbada e se sobrepõe a pulsão de vida. O sintoma Hostilidade, portanto, ao não se destacar nos alcoólicos nesta comparação, pode sugerir que, no momento da realização da pesquisa, apresenta-se como uma manifestação da pulsão de vida.

## 6.2 Discussão dos resultados da tabela 2

Ao serem comparados os sintomas patológicos do grupo de indivíduos do sexo masculinos que consomem álcool com o grupo de indivíduos do mesmo gênero que não consomem álcool, todos os sintomas pesquisados, com exceção dos sintomas Obsessivo Compulsivo ( $p=0,061 > 5\%$ ) e Somatização ( $p=0,081 > 5\%$ ), têm resultados significativos. Ou seja, os alcoólicos apresentaram os sintomas de Relação Interpessoal ( $p=0,007 < 5\%$ ), Ideação Paranóide ( $p= 0,012 < 5\%$ ), Ansiedade ( $p=0,046 < 5\%$ ), Depressão ( $p=0,012 < 5\%$ ), Hostilidade ( $p=0,034 < 5\%$ ), Fobia ( $p=0,003 < 5\%$ ) e Psicose ( $p=0,010 < 5\%$ ) com maiores médias em relação aos indivíduos não alcoólicos, indicando maior gravidade nos sintomas avaliados.

Quanto aos homens alcoólicos verificou-se que se destacaram os sintomas de Relação Interpessoal ( $p=0,007 < 5\%$ ), Ideação Paranóide ( $p= 0,012 < 5\%$ ) e Hostilidade

( $p=0,034<5\%$ ), como detentores das médias mais estatisticamente significativas. Os sintomas com maiores médias indicam maior gravidade referente ao uso do álcool, entretanto, o sintoma Obsessivo Compulsivo, mesmo tendo apresentado média elevada, não obteve diferença estatisticamente significativa. O resultado foi de que tanto homens alcoólicos quanto não alcoólicos apresentam o sintoma.

O resultado da pesquisa, na qual o sintoma de Relação Interpessoal (média=1,67) apresentou a maior média nos homens alcoólicos coincide com os achados de Kern-Correa et al (2003). Em termos de sociabilidade e relações interpessoais, os consumidores de álcool, de acordo com o gênero, apresentaram resultados em que os homens que bebiam muito (bebedor pesado) achavam mais fácil falar de sentimentos e ter atividades sexuais mais prazerosas quando sob efeito do álcool. A maioria dos homens tinha menos de 35 anos de idade, bebiam nas refeições e no trabalho; sofriam mais consequências sociais, clínicas, legais e ou familiares; tiveram mais ajuda para parar de beber; eram fumantes e relataram que tinham sido forçados a observar atos sexuais por pessoas que não pertenciam à família. Araújo (1995) e Vespucci (1999) também apresentam resultados de que os homens mais jovens ou os adolescentes quando abstêmios são pressionados por outros rapazes a beberem. Rapazes que consomem álcool questionam os abstêmios, questionamentos que recaem sobre sua masculinidade e autonomia. O alcoólico bebe socialmente, bebe para aliviar a tensão depois do trabalho, bebe para se tranquilizar antes de realizar uma tarefa importante, bebe para se encorajar frente ao sexo oposto.

Dentre os sintomas pesquisados que se apresentaram com diferença estatisticamente significativa entre homens alcoólicos e não alcoólicos estão os sintomas de Ideação Paranóide (média=1,58). Os mesmos sintomas foram encontrados nas comorbidades das pessoas que bebem, estudadas e relacionados por Rassi e Fernandes (2003), no qual foi verificada a reação de estresse grave com sintomas persistentes de depressão, ansiedade e medo, irritabilidade, ideias paranóides e baixa auto-estima, inclusive após período de desintoxicação. A pesquisa foi realizada com funcionários da FEBEM (Fundação do Bem Estar do Menor; em Porto Alegre, RS/Brasil), com sujeitos do sexo masculino entre 30 - 40 anos.

Os aspectos projetivos dos sintomas de Ideação Paranóide encontrados nesta pesquisa indicaram que os sujeitos possuem a idéia de que as outras pessoas é que são as culpadas pela maioria de seus problemas, ou, de que não poder confiar na maioria das pessoas, o que remete a Melman (2000), quando aborda o efeito tóxico do álcool no superego

dos indivíduos e a extrema labilidade afetiva. O alcoólico vai da euforia e megalomania a sentimentos depressivos.

Sobre o sintoma Hostilidade (média=1,39) e sua relação com o consumo de álcool, verificou-se que os homens alcoólicos têm uma diferença estatisticamente significativa em seus resultados, apresentando médias maiores. A Hostilidade caracteriza-se pelo estado de raiva, comportamentos de agressão e irritabilidade. São sintomas manifestos que refletem um comportamento regido por ações de indivíduos em estado de ressentimento e raiva, segundo (DEROGATIS,1983 e LALONI, 2001).

Para Macfarlane et al (2003), os resultados do sintoma Hostilidade aparecem em pesquisas nas quais o consumo do álcool também está associado a comportamentos violentos como abuso sexual, estupros, agressões e assaltos. O uso do álcool aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas. Em 90% das internações hospitalares por dependência, o álcool é a droga utilizada. Noto et al (2003) e Jacobucci e Cabral (2004) também afirmam que mulheres são agredidas, existindo uma relação entre violência e álcool e com preponderância de agressores do sexo masculino, predominantemente entre casais, ocorrendo o envolvimento de outros moradores do domicílio como filhos, pais e irmãos. A frequência dos relatos não é diferenciada entre as classes sociais.

Ainda em Tondowski (2008), o abuso de álcool provoca e resulta em violência familiar. Foram analisados padrões multigeracionais em vítimas e agressores na cidade de Marília, SP/Brasil, e os resultados encontrados foram de preponderância da violência familiar na relação uso e dependência do álcool. A violência entre pai e filhos é a mais frequente. A violência é justificada, com reincidência e com a frequência prolongada. Estes estudos corroboram para confirmar os resultados encontrados nesta pesquisa, nos quais os sintomas no grupo de indivíduos alcoólicos é maior que no grupo de indivíduos não alcoólicos.

A Hostilidade para Derogatis (1983) e Laloni (2001) apresenta-se na manifestação de impulsos de bater, ofender ou ferir alguém e/ou querer destruir coisas. Nos resultados encontrados, a Hostilidade indica a gravidade deste sintoma entre homens alcoólicos sendo os resultados somados ao que pesquisadores apontam sobre os resultados do beber como em Almeida (2008) referindo-se a sabedoria de AA. A autora relata que eles afirmam que o dependente estará pronto para se tratar quando chegar no “fundo do poço”. Segundo a autora, o “fundo do poço” de cada um pode variar, de uma exposição vergonhosa à internação ou ao cemitério, quando não terá mais volta. Desta forma, ocorre a antecipação da morte.

Considera-se que o indivíduo alcoólico também apresenta manifestações de agressividade contra si, tendo em vista as consequências do beber. Cassorla (1996) e Werlang, Macedo, Krüger (2004), analisando a obra de Freud e suas relações com o tema do suicídio, destacam que o que dá margem à doença (melancolia) vai além de uma perda para a morte. Ponderam que a pulsão de morte manifesta-se nas doenças (como o alcoolismo), nos acidentes e atos de auto-extermínio.

Segundo Kusnetzoff (1982), a pulsão anal dá origem aos aspectos psicopatológicos de sentimentos de onipotência e superestimação narcísica e também às condutas de provocação ativas e agressivas sobre os objetos exteriores que muitas vezes resultam em respostas ao próprio sujeito, sendo este então provocado e agredido. Para Kusnetzoff (1982, p.46),

(...) aspecto interessante deste problema seja a constatação empírica, tanto em crianças como em adultos, da provocação ativa e agressiva que faz com que os objetos exteriores, provocados e agredidos, terminem agredido o sujeito).

O suicídio é considerado um enigma, segundo Cassorla, 1998. De acordo com Kusnetzoff (1982), no melancólico parte do investimento erótico do objeto regride à identificação e parte é direcionada à etapa do sadismo. Ele afirma que agressividade e erotismo são aspectos encontrados na fase da analidade, sendo a primeira tendência a de destruir e a segunda de conservação do objeto a fim de obter o controle sobre ele.

Sperb (2003) estudou os suicídios na população rural e urbana em cidade de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul. A autora traçou algumas características clínicas dos suicídios e dentre vários comportamentos constatados, o abuso de álcool estava presente. Este estudo remete ao comportamento agressivo do alcoólico e suas relações com o ato suicida. No período de 1999 a 2000, o predomínio de suicídio era de homens com idade em torno de 52 anos com presença de comportamentos impulsivos, sintomas de depressão, que faziam abuso do álcool e tinham ideação, tentativa e comportamento de risco. Sperb (2003) afirma, ainda, que os sujeitos, em sua maioria, tinham em sua família de origem parentes com história de comportamento suicida – ideação, tentativa e comportamento de risco – e história familiar de suicídio, doença psiquiátrica e abuso de álcool. Eram pessoas integradas na sociedade, participavam de festas e cultos religiosos.

Estudos apresentados por Barros, Oliveira e Marin-León (in WERLANG et al, 2004) demonstram que as taxas de suicídio no Brasil são maiores no sexo masculino e aumentam com o avançar da idade. Já para Alfaro (2004), o suicídio na adolescência tem

altas taxas principalmente entre rapazes e a explicação ao fenômeno é dada pelo reflexo das mudanças sociais, pela maior disponibilidade de meios, incremento dos meios e o abuso do álcool e drogas.

Sobre o tema suicídio tendo como causa o alcoolismo, Vespucci e Vespucci (2000) afirmam que o índice de suicídio na população alcoólica é 60% maior que na população não alcoólica. Os autores entendem que, muitas vezes, o suicídio é a única forma que o doente encontra para interromper o círculo perverso da dependência.

Ao serem comparados os sintomas patológicos do grupo de indivíduos masculinos que consomem álcool com o grupo de indivíduos masculinos que não consomem álcool, os sintomas pesquisados Obsessivo Compulsivo ( $p=0,061>5\%$ ) e Somatização ( $p=0,081>5\%$ ) um dos motivos pelos quais os sintomas Obsessivos Compulsivo e Somatização não estavam, no momento da pesquisa, denotando agravo nos indivíduos masculinos que foram entrevistados.

Vespucci e Vespucci (1999) referem que pertencer aos Alcoólicos Anônimos leva os indivíduos a uma série de comportamentos que são adotados e seguidos por única e exclusivamente decisão do alcoólico. Ocorre a diminuição dos sintomas quando se dedicam a participar de reuniões, seguir os “Doze Passos” e se propor a ficar 24h sem utilizar álcool e, conseqüentemente, apresentam um resultado em que a diferença de sintomas entre alcoólicos e não alcoólicos não é estatisticamente significativa. Os autores afirmam ainda que os Alcoólicos Anônimos são uma organização peculiar na qual a dinâmica ininterrupta de reuniões leva a muitos dos participantes a se manter em abstinência.

### **6.3 Discussão de resultados da tabela 3**

Os resultados da comparação entre os sintomas psicológicos entre o grupo de indivíduos femininos que consomem álcool e os que não consomem álcool demonstram que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios nos sintomas: Hostilidade ( $p = 0,461>5\%$ ), Depressão ( $p = 0,078>5\%$ ) e Obsessivo compulsivo ( $p = 0,206>5\%$ ). Verificou-se que os sintomas de Somatização ( $p=0,001<5\%$ ), Relação Interpessoal ( $p=0,008<5\%$ ), Ideação Paranoide ( $p= 0,046<5\%$ ), Ansiedade ( $p=0,006<5\%$ ), Fobia ( $p=0,004<5\%$ ) e Psicose ( $p=0,009<5\%$ ) diferiram de forma estatisticamente significativa na comparação, sendo que os indivíduos alcoólicos do sexo feminino apresentaram as médias maiores em relação aos indivíduos não alcoólicos do mesmo gênero,

indicando maior vulnerabilidade ao uso do álcool nos sintomas avaliados. No sintoma Hostilidade (média=1,31), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, as mulheres não alcoólicas apresentaram média maior.

Considera-se o sintoma Hostilidade como inerente ao ser humano. Assim, Freud (1915/1980) na sua importante teoria dos Destinos da Pulsão afirma que a pulsão poderá transformar-se no contrário, mudando o seu fim. Ao mudar o objeto para o qual a pulsão deveria ser direcionada, poderá ocorrer o recalcamento, organizando-se desta forma o equilíbrio do aparelho psíquico. Nesta situação ocorrerá processo sublimatório. A pulsão poderá retornar para a própria pessoa ao sublimar e também ao agredir a si própria. Quanto ao sintoma Hostilidade o resultado encontrado nesta pesquisa referente às mulheres não alcoólicas, poderá corresponder ao processo cujo destino está direcionado ao próprio sujeito, não está sendo manifestado.

O sintoma Relação Interpessoal apresentou a maior média (média=1,83) na análise comparativa dos sintomas. Kern-Correa et al (2003) encontraram em pesquisa realizada com mulheres alcoólicas que a maioria se sentia sozinha, sendo muito criticadas por beber, embora o início da utilização do álcool tenha se dado por influencia das amigas. Os mesmos autores mencionam que a pesquisa aponta dados sobre o fator de proteção que é não beber em festas e não ter um (a) companheiro (a) que bebe demais.

O fator de risco de beber é 8,7% de vezes maior para os homens do que para as mulheres. Noto et al (2003) e Jacobucci e Cabral (2004) relata que as mulheres são agredidas em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relações de afeto, sendo que em 70% das vezes este ato é realizado pelo marido ou o companheiro. Segundo os autores, em 53% das situações de violência estudadas o agente da agressão estava embriagado e em 10% estava intoxicado por outra droga. Estes achados corroboram com os resultados apresentados em Dimeff et al (2002), que relaram estudo realizado em 1987, no qual a Dra. Mary Koss e seus colegas fizeram entrevistas com 6.159 estudantes de 32 faculdades e universidades nos Estados Unidos. Os resultados encontrados foram de que uma em cada quatro mulheres tinha sido vítima ou sofrido tentativa de estupro, sendo que 84% das mulheres conheciam seus agressores e 57% das agressões ocorreram durante um encontro amoroso. Os rapazes (12%) relataram terem cometido atos nos quais a definição legal de estupro ou de tentativa de estupro ocorreu. As agressões estariam relacionadas ao consumo de álcool ou outras drogas conforme relatado por 75% dos rapazes e 55% das moças.

Segundo Edwards, Marshall e Cook (2005), as mulheres são mais influenciadas pelo ato de beber do parceiro do que eles influenciados por elas. O grupo de trabalho ou de amigas também pode se apresentar como uma forma importante de influência para o ato de beber em mulheres. Contrariamente às expectativas, parece existir pouca relação, no sexo feminino, no que diz respeito a trabalhar em tempo integral e ter problemas com álcool. Papéis múltiplos (família, casamento, emprego) parecem ter um efeito benéfico, reduzindo o risco das mulheres nos problemas com bebidas alcoólicas.

Entretanto as mulheres que trabalham em ambientes essencialmente masculinos têm maior probabilidade de beber pesadamente e desenvolver problemas com álcool, possivelmente frente a influência grupal, às maiores oportunidades de beber e ao estresse por trabalhar numa cultura dominada por homens (EDWARDS, MARSHALL E COOK, 2005, p. 154).

O sintoma Somatização apresenta a segunda maior média (média=1,83) na análise comparativa dos sintomas aqui analisados. Em termos das repercussões do alcoolismo, tem-se que 50 a 70% dos alcoólicos apresentam problemas no sistema nervoso e 30% doenças no fígado. Laranjeira e Pinsky (2001), e Fontes, Figlie e Laranjeira (2006) afirmam que o alcoólico tem diminuída a memória e o raciocínio complexo, e apresenta dificuldades em realizar da forma adequada o julgamento de situações difíceis. O fígado, por sua vez, vai sendo deteriorado paulatinamente sem que o alcoólico perceba, já que o fígado não possui nervos possibilitem sentir dor. As doenças hepáticas as quais o alcoólico é acometido são: fígado gorduroso, hepatite alcoólica, cirrose. Também para Rossa (2002), Maciel e Lauer (2005), dentre os sintomas somáticos dos alcoólicos podem ocorrer pancreatite crônica, cardiomiopatia alcoólica e hipertensão. O álcool provoca sérios problemas no organismo de uma pessoa como doenças no sistema nervoso, estômago, fígado, pâncreas, além de distúrbios nutricionais, alterações da imunidade e sociopatias. A desnutrição é uma das principais consequências do alcoolismo no organismo dos indivíduos.

Segundo Focchi et al (2001), Laranjeira e Pinsky (2001), e Edwards, Marshall e Cook (2005), a Síndrome de Dependência do Álcool é detectada quando o indivíduo necessita do álcool para alívio dos sintomas causados pela abstinência, ou seja, pela redução do consumo. Os autores assinalaram que ocorre a necessidade de beber para reduzir os sintomas físicos e psicológicos. Atribuía-se à compulsão o ato de beber provocado pela necessidade subjetiva. Os autores afirmam que hoje se sabe que os sintomas psicológicos também ocorrem nas abstinências, e o beber se torna necessário para alívio desses sintomas que são resultantes de conflitos psíquicos.

O sintoma Ansiedade apresenta a terceira maior média (média=1,66) na análise comparativa dos sintomas entre mulheres alcoólicas e não alcoólicas. De acordo com Cardinal (1991), as transformações do estereótipo feminino geraram uma multiplicidade de escolhas profissionais e sociais para as mulheres. Em se tratando de dependência do álcool, o autor refere que estas são causas indiretas sobre o aumento da dependência em mulheres. Edwards, Marshall e Cook, et al (2005) mencionam, também, que o aumento no número das psicopatologias, das farmacodependências e do alcoolismo nas sociedades ocidentais está ligado às dificuldades ligadas ao papel feminino.

Cardinal (1991) afirma ainda que as mulheres por volta dos 40 anos de idade enfrentam questionamentos sobre as aspirações e sonhos da juventude que não se realizaram, e a autocrítica sobre a imagem que tem e que buscam ter gera ansiedade. As mulheres então recorrem aos medicamentos e ao álcool para diminuir a ansiedade causada, pensando em modificar atitudes que consideram indesejáveis. Os resultados desta pesquisa contribuem com o descrito pelos autores citados, pois ficou evidentemente identificado que a ansiedade das mulheres alcoólicas apresentou maiores índices do que as mulheres não alcoólicas.

Os achados demonstrados na tabela 3 correspondem ao que os autores como Jaber Filho e André (2002), quando afirmam que o transtorno de ansiedade influi no desenvolvimento do alcoolismo. Também segundo Mendes (2000), em estudo que investigou condições afetivas em mulheres alcoólicas, encontrou que mulheres alcoólicas apresentam maior índice de ansiedade que as não-alcoólicas. A depressão e a baixa tolerância à frustração também têm resultados maiores em mulheres alcoólicas do que em não-alcoólicas. As condições de manifestar-se de forma objetiva e emocional das mulheres alcoólicas aparecem acentuadas na pesquisa demonstrando prejuízos significativos sob o ponto de vista estrutural de suas personalidades. Conforme o mesmo autor, ocorrem prejuízos na capacidade de controle geral, assim como no estabelecimento de relacionamento interpessoal na comparação entre os dois grupos, fator que coincide com achados neste estudo.

Segundo Edwards, Marshall e Cook (2005), o sintoma Ansiedade pode estar relacionado com fatos negativos da vida, da infância e adolescência, de acordo com relato das mulheres que usam álcool, o início se dá com o objetivo de esquecer os problemas e aumentar a autoconfiança. O sintoma Ansiedade, conforme Laloni (2001) e Derogatis (1983), é demonstrado por nervosismo, tensão, estado de aflição, ataque de terror ou pânico. Os indivíduos não conseguem estar parados ou sentar-se, tem pressentimentos, pensamentos e imagens que lhe causam angústia. Vaillant (1999), ao pesquisar a relação entre o abuso de



álcool e a ansiedade concluiu que na ansiedade crônica o álcool não se constitui automedicação eficaz, entretanto “algumas facetas da ansiedade (por exemplo, culpa e tensão muscular) são de fato aliviadas através da ingestão de baixas doses de álcool” (VAILLANT, 1999, p.72). O autor acrescenta ainda que o transtorno de pânico possa estar presente no desenvolvimento do alcoolismo.

A maioria dos pacientes que consome álcool ou drogas passou do consumo eventual para desenfreado quando vivenciou uma situação de luto, sendo 50% representado pela morte do pai (MENDES, 1989). A outra metade dos pacientes relata morte da mãe ou pessoas muito próximas. O aborto também é sentido como perda e tem relação com o consumo de drogas. Podemos acrescentar a estas considerações as apresentadas por Bauer (1982) que salienta que, para mulheres alcoólicas, a imagem paterna é sentida como inflada e idealizada visando compensar os sentimentos e impressões de uma mãe negativa.

Para Campbell e Graham (1991) e Vuchinich et al (1981), o alcoólico não sabe por que bebe - o que é uma verdade - e bebe para tentar sair de um conflito interior invisível. Apesar de muitos pensarem que o beber tem causas externas, conflitos externos, o alcoólico tem um grande sentimento de insegurança, pensamento que precisa ser constantemente negado. O alcoólico compensa, nega ou anestesia o sentimento de insegurança através do ato de beber.

Pulcherio et al (2002) afirmam que a ansiedade pode levar ao desenvolvimento do alcoolismo, de acordo com a teoria da redução de estresse. Entretanto, os mesmos autores salientam que o álcool pode exacerbar ainda mais o estresse e a ansiedade. Nos resultados obtidos na presente pesquisa quanto ao sintoma Ansiedade, pode-se inferir que as mulheres alcoólicas em abstinência parecem estar apresentando um sintoma possivelmente anterior ao desenvolvimento do alcoolismo.

#### **6.4 Discussão de resultados da tabela 4**

Ao se comparar os indivíduos alcoólicos do sexo feminino com os indivíduos alcoólicos do sexo masculino, foi verificado que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios obtidos pelos indivíduos alcoólicos dos diferentes gêneros. Para os sintomas Somatização ( $p=0,032<5\%$ ) e Fobia ( $p=0,057\geq 5\%$ ), entretanto, os indivíduos alcoólicos do sexo masculino diferem do sexo feminino quanto ao escore médio,

sendo as medias femininas superiores. Chama a atenção que na comparação dos indivíduos alcoólicos relativa a gênero homens e mulheres não diferiram mente nos seus sintomas.

Verificou-se que os sintomas Somatização ( $p=0,032<5\%$ ), Fobia ( $p=0,057\geq 5\%$ ), ( $p=0,0865>5\%$ ) apresentam médias estatísticas mais elevadas.

Derogatis (1983) e Laloni (2001) definem a Somatização como o estado de reações somáticas como as dores e as sensações de mal estar provenientes da percepção de uma disfunção no corpo. Segundo Edwards, Marshall e Cook (2005), nas mulheres existe o chamado “efeito telescópio”, que é entendido desta forma porque na comparação com os homens, as mulheres que iniciam a beber mais tarde, mas apresentam têm efeitos nocivos mais precocemente. Os autores afirmam que existem evidências da relação entre o consumo de álcool e o câncer de mama, assim como complicações físicas como lesão cerebral, cardiopatias, doenças hepáticas e miopatias. Ademais, Hennecke e Fox (1991), Laranjeira e Pinsky (2001), Maciel e Lauar (2005) e Fontes, Figlie e Laranjeira (2006) corroboram as implicações somáticas frente à dependência do álcool nas mulheres.

O resultado encontrado na pesquisa em que o sintoma Fobia foi significativo ( $p=0,057\geq 5\%$ ) pode ser reforçado por Jaber Filho e André (2002), que afirmam que pessoas com distúrbios fóbicos têm duas vezes mais possibilidade de serem alcoólicos, enquanto pessoas com distúrbios do pânico têm quatro vezes mais possibilidade de se tornarem dependentes do álcool. Para Laloni (2001) e Derogatis (1983), no sintoma Fobia ocorrem comportamentos irracionais como o medo de viajar, sair de casa sozinha, estar nas ruas e praças públicas, necessidade de evitar lugares e coisas, não se sentir à vontade junto a muitas pessoas e ter receio de desmaiar em público. Os autores afirmam que o comportamento, no sintoma Fobia, é disruptivo e patogênico de esquiva e fuga.

Edwards, Marshall e Cook (2005) e Vaillant (1999) afirmam que existem muitas coisas em comum entre homens e mulheres que bebem. Havendo mais similaridades do que diferenças quando as pessoas são alcoólicas frente aos comportamentos manifestos e as observações realizadas sobre as causas pré-mórbidas. Para Hennecke e Fox (1991) e Edwards, Marshall e Cook (2005) é necessário despir-se de estereótipos quando se trata de homens e mulheres alcoólicas. As mulheres, principalmente, não buscam atendimento para o alcoolismo por sentirem receio de perder legalmente a custódia dos filhos, temor de serem julgadas por seu comportamento, por serem desencorajadas pela família e pelo parceiro quando este também bebe.

Os autores acima, acompanhados de Vaillant (1999) afirmam, ainda, que homens e mulheres se diferenciam nos resultados sintomáticos do alcoolismo em dois aspectos: as mulheres são metabolicamente menos tolerantes aos efeitos do álcool e vivenciam tabus sociais de forma intensa quanto ao uso da bebida.

Sendo assim, verificamos pertinência dos dados obtidos no estudo e apresentados na tabela 4, com os descritos na literatura, quem indicam que as mulheres tendem a desenvolver mais fatores de risco, sendo o alcoolismo no sexo feminino mais rápido e clandestino.

Outro aspecto que é considerado importante é o sintoma Psicose, que nos resultados não tem um destaque. O sintoma não representa diferença estatisticamente significativa na comparação entre gêneros e entre alcoólicos e não alcoólicos. Gitlow e Peyser (1991) afirmam que na esquizofrenia e na psicose, a busca do indivíduo recai além do álcool, para drogas pesadas. O beber na psicose é sempre *beber pesado* e associado a outras drogas.

### 6.5 Discussão de resultados da tabela 5

Verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios obtidos pelos indivíduos não alcoólicos do sexo masculino, em comparação aos indivíduos não alcoólicos do sexo feminino, com exceção dos sintomas Depressão ( $p=0,046<5\%$ ), Hostilidade ( $p=0,012<5\%$ ) e Fobia ( $p=0,033<5\%$ ), nos quais os indivíduos alcoólicos do sexo feminino apresentam as maiores médias dos sintomas. Os escores médios nos sintomas: Relação Interpessoal ( $p=0,526>5\%$ ), Ideação Paranóide ( $p=0,898>5\%$ ), Obsessivo Compulsivo ( $p=0,685>5\%$ ), Ansiedade ( $p=0,120>5\%$ ), Somatização ( $p=0,344>5\%$ ) e Psicose ( $p=0,970>5\%$ ) não diferem de forma estatisticamente significativa na comparação.

A Depressão nas mulheres que não são alcoólicas se apresentou com as maiores médias do que nos homens não alcoólicos. Na literatura encontram-se muitos resultados que sugerem que o sintoma depressivo está presente nos distúrbios causados pelo consumo de álcool, mas Gitlow e Peyser (1991) e Edwards, Marshall e Cook (2005) referem que este é um diagnóstico que deve ser descrito com muita cautela, pois devendo se diferenciar sintomas depressivos de um transtorno depressivo.

A relação da depressão com os aspectos narcisistas é discutida por Horstein (2008) ao referir que o narcisismo patológico evidencia uma falta crônica de investimentos amorosos parentais que se traduz em uma falta de amor próprio, em uma profunda dor por si mesmo. Nestes sujeitos a sobrevivência não está assegurada e existe o “clamor de existir”. Horstein (2008) assegura que esse lugar, que devia ser regado pela linguagem, pela simbolização, pela criatividade, tornar-se-á árido com tanta somatização, atuação ou diretamente depressão.

A depressão é comum entre pessoas com problemas relacionadas ao álcool, podendo ser o fator decisivo na busca de tratamento. Contudo a natureza da sua relação ainda é pouco compreendida. O que, na superfície, parece ser uma associação simples é, na verdade, extremamente complexa (EDWARDS, MARSHALL E COOK, 2005, p. 106).

Gitlow e Peyser (1991) afirmam ainda que nas mulheres a depressão pode ser ambiental. Nos distúrbios bipolares, é na fase maníaca que o indivíduo busca o álcool e ingere mais do que se estiver na fase depressiva. Pulcherio et al (2002), em suas pesquisas constataram que em 66% das mulheres que consomem álcool, a depressão era anterior ao alcoolismo e nos homens ocorria o contrário, a depressão sucedia do alcoolismo.

Os sintomas Relação Interpessoal, Ideação Paranóide, Obsessivo Compulsivo, Ansiedade, Somatização e Psicose não diferem, de forma estatisticamente significativa, na comparação entre homens não alcoólicos e mulheres não alcoólicas. É importante poder ressaltar que estes resultados que foram encontrados reforçam de alguma maneira os aspectos sintomáticos dos homens e mulheres alcoólicas.

Não existiram diferenças nos sintomas nos quais ocorre, de acordo com diversos autores, a necessidade do consumo de álcool para que o indivíduo possa sentir-se melhor, de acordo com sua declaração. Não há diferenças entre homens e mulheres não alcoólicos, ou seja, os sintomas que foram constatados na pesquisa se apresentam de forma similar entre homens e mulheres. Não ocorre exacerbação dos sintomas, não se apresentam de forma aguda ou ainda não diferem, exatamente porque o consumo de álcool não fazia parte de sua vida, no momento da pesquisa.

### 6.6 Discussão de resultados da tabela 6

Compararam-se os indivíduos alcoólicos e não alcoólicos do sexo masculino aos indivíduos alcoólicos e não alcoólicos do sexo feminino e foi verificado que não existe diferença estatisticamente significativa entre os escores médios obtidos nos sintomas Obsessivo Compulsivo ( $p=0,951>5\%$ ), Relação Interpessoal ( $p=0,229>5\%$ ), Depressão ( $p=0,063>5\%$ ), Ansiedade ( $p=0,122>5\%$ ), Hostilidade ( $p=0,102>5\%$ ), e Psicose ( $p=0,984>5\%$ ). Os sintomas Ideação Paranóide ( $p=0,008<5\%$ ), Somatização ( $p=0,040<5\%$ ) e Fobia ( $p=0,033<5\%$ ) nos indivíduos alcoólicos e não alcoólicos do sexo masculino diferiram de forma estatisticamente significativa do sexo feminino quanto ao escore médio. Verificou-se que todos os sintomas nos indivíduos do sexo feminino apresentam as maiores médias, exceto o sintoma Psicose.

Ao serem analisados os sintomas da amostra homens alcoólicos e não alcoólicos e mulheres alcoólicas e não alcoólicas, os sintomas que têm diferença estatisticamente significativa são Somatização ( $p=0,040<5\%$ ) e Fobia ( $p=0,033<5\%$ ). Este resultado é similar ao que foi encontrado na comparação entre os sintomas dos homens alcoólicos e as mulheres alcoólicas (tabela 4) cujo resultado é Somatização ( $p=0,032<5\%$ ) e Fobia ( $p=0,057\geq 5\%$ ) sendo o grupo feminino com maiores médias. O sintoma Ideação Paranóide ( $p=0,008<5\%$ ) encontrado neste resultado, também foi encontrado na comparação entre homens alcoólicos e homens não alcoólicos. Naquele resultado a Ideação Paranóide ( $p=0,012<5\%$ ) diferia estatisticamente e a média dos alcoólicos era maior do que a dos não alcoólicos. Entende-se que ao compararmos indivíduos que bebem com os que não bebem, os indivíduos alcoólicos tornam os resultados significativos em relação à comparação de seus sintomas.

## CONCLUSÃO

*“Navegar é preciso, viver não é preciso...”.*

Fernando Pessoa.

Os achados da pesquisa, corroborados pelo estudo de diversos autores, respondem ao problema proposto inicialmente, o qual visa verificar se existe diferença em termos de sintomas psicológicos entre sujeitos alcoólicos e não alcoólicos.

Neste sentido, verificou-se que, de forma geral, existe diferença entre os sujeitos alcoólicos e não alcoólicos no que concerne aos sintomas psicológicos, sendo estes, nos sujeitos alcoólicos os agravados pelo consumo de álcool.

Chama atenção que o único sintoma que se apresenta como exceção, ou seja, não representa diferença significativamente estatística entre sujeitos alcoólicos e não alcoólicos foi a Hostilidade. Os grupos formados tanto por homens e mulheres alcoólicos, quanto por não alcoólicos apresentam sintomas de Hostilidade, assinalando positivamente os itens que se referem a esta sintomatologia, sendo eles descritos da seguinte forma: aborrecem-se facilmente, apresentam impulsos que não podem controlar como bater, ofender ou ferir alguém, entram facilmente em discussão e gritam com outras pessoas e sentem vontade de destruir, partir e atirar coisas.

Vale ressaltar que estes resultados apontam uma discrepância em relação aos achados teóricos, nos quais encontramos que os sintomas de Hostilidade ocorrem com maior frequência nos indivíduos alcoólicos. Pesquisas demonstram que violência e morte estão relacionadas ao consumo de álcool. Para GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. (2010), o álcool é responsável por cerca de 60% dos acidentes de trânsito e é constatado em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas demonstradas em pesquisas brasileiras.

Pelo resultado da pesquisa e comparações constatou-se que a Hostilidade não é um sintoma que está mais prevalente nos alcoólicos. Primeiramente considera-se neste viés que no estudo comparativo, os indivíduos alcoólicos não estavam sob efeito do consumo no

momento em que responderam ao instrumento aplicado, já que a pesquisa realizou-se com indivíduos alcoólicos abstêmios pertencentes aos AA. Conclui-se que a Hostilidade apresentada nos comportamentos observáveis dos alcoólicos, não é necessariamente gerada pelo consumo do álcool, mas anterior ao seu consumo, pois quando não diferenciado entende-se que ser hostil está no sujeito e o uso da bebida apenas faz aflorar aquilo que ele não quer ou não pode revelar

O trabalho se desenvolveu buscando responder as hipóteses levantadas pelo estudo.

H0: Não existe diferença em termos de sintomas psicológicos entre sujeitos alcoólicos e não alcoólicos.

Esta hipótese não se confirmou para os sintomas de Relações Interpessoais, Ideação Paranóide, Obsessivo Compulsivo, Ansiedade, Somatização, Fobia, Depressão e Psicose, não havendo diferença estatisticamente significativa apenas para o sintoma Hostilidade, o que conforme referido anteriormente pode estar relacionado à uma questão estrutural do sujeito, que é adquirida antes mesmo do sujeito realizar o consumo excessivo de álcool.

No que se refere a H1, existe diferença em termos de sintomas psicológicos entre sujeitos alcoólicos e não alcoólicos. Esta hipótese se confirmou, ou seja, os sujeitos alcoólicos são mais sintomáticos que os sujeitos não alcoólicos nos sintomas de Relações Interpessoais, Ideação Paranóide, Obsessivo Compulsivo, Ansiedade, Somatização, Fobia, Depressão e Psicose.

O álcool consumido gera efeitos e funciona como uma liberação de sintomas. Ressalta-se que as teorias, resultados de pesquisas e estatísticas, levam a crer que um alcoólico se manifesta de forma mais sintomática no que se refere aos aspectos psicológicos ao consumir álcool. Sendo assim, presume-se ser o álcool a substância reveladora da máscara da sintomatologia do sujeito alcoólico.

O alcoolismo está ligado a fatores psicológicos nos quais se identificam características de estruturas psíquicas associadas ao consumo do álcool, como depressões, ansiedades, sintomas obsessivos compulsivos, as dificuldades nas relações interpessoais, reações hostis, os sintomas psicóticos e paranóides.

Corroborando com os achados, Laranjeira e Pinsky (2001), referiram em seus estudos que pessoas com quadros depressivos como desânimo, visão negativa da vida,

irritabilidade, excesso ou falta de sono e sem vontade de fazer qualquer coisa, consomem álcool com maior frequência. A depressão e o alcoolismo ficam associados, dificultando saber o que ocorre primeiro. Em mulheres deprimidas é comum a associação ao consumo do álcool. Se elas ficam sós em casa costumam beber sem que os parentes saibam.

Jaber Filho e André (2002) também referem que após o tratamento para o alcoolismo os sintomas depressivos diminuem em doentes alcoólicos, entretanto, há casos em que mesmo estando abstinente, o paciente apresenta alto índice de depressão.

Álvarez (2006) encontrou dentre os fatores de risco que favorecem a recaída do alcoolismo, os estados emocionais negativos como ansiedade, depressão e raiva. Nos resultados deste estudo não aparece este sintoma em destaque e corrobora, portanto com o que foi encontrado.

O sintoma Depressão aparece nos resultados da pesquisa chamando a atenção para aspectos considerados relevantes. Para Horstein (2008), o alcoólico é um sujeito que apresenta sintomas de Depressão.

O alcoólico independente do gênero apresenta sintomas semelhantes o que leva a crer que o álcool é um mascaramento de conflitos, estruturas psicológicas tanto para o homem como para a mulher.

Com relação às hipóteses secundárias encontrou-se:

**H1** Existe uma maior prevalência de sintomas psicológicos entre homens alcoólicos em comparação a homens não alcoólicos. Esta hipótese é confirmada, destacando-se os sintomas de Relações Interpessoais, Hostilidade, Fobia, Depressão, , Ansiedade, Ideação Paranoide e Psicose como de maior gravidade nos homens alcoólicos.

Já os sintomas de Somatização e Obsessivo Compulsivo ocorrem tanto nos alcoólicos como nos não alcoólicos, não representando diferenças estatísticas significativas. É interessante notar que estes dois sintomas apresentam-se de forma semelhante sendo ou não o indivíduo alcoólico.

Cabe ressaltar, novamente o resultado obtido no presente estudo apresenta discrepância em relação ao que diversos autores apontam em relação ao comportamento obsessivo do alcoólico. Segundo Nadvorny (2006), o alcoólico comporta-se ritualisticamente frente ao consumo do álcool e reúne-se, sistematicamente, nos mesmos bares. Os rituais



tornam-se um hábito que se não for executado causa desconforto e ansiedade. A dependência grave do álcool, também está relacionada a grau moderado de ansiedade e depressão leve.

Tal diferença pode estar associada ao fato de que, no estudo comparativo, os alcoólicos estavam no período de abstinência alcoólica. Esta é a provável justificativa para que os sintomas Obsessivos Compulsivos não tenham representado diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Os sintomas obsessivos, como estar ocupado com o álcool, ritualizar os comportamentos frente ao beber, organizar as ações em torno da bebida são comportamentos do alcoólico que não estão com o seu beber controlado.

Conclui-se que os sintomas obsessivos compulsivos nos homens está instalado anteriormente ao uso do álcool. O álcool é a substância através da qual se exteriorizam e se manifestam estruturas psicológicas e conflitos subjacentes.

No que se refere a **H2**, o estudo verificou que existe uma maior prevalência de sintomas psicológicos entre mulheres alcoólicas em comparação a mulheres não alcoólicas.

Na comparação entre alcoólicas e não alcoólicas os sintomas de Ansiedade, Somatização, Fobia, Depressão, Ideação Paranoide, Obsessivo Compulsivo e Psicose são mais prevalentes nas alcoólicas, estando destacada a questão da Relação Interpessoal, sintoma que apresentou maior índice de diferença estatística.

No grupo das mulheres o sintoma Hostilidade não apresenta diferenças estatisticamente significativa, embora as mulheres não alcoólicas tenham apresentado média maior que a das alcoólicas, ou seja, na comparação entre indivíduos femininos alcoólicos e não alcoólicos, os não alcoólicos são mais prevalentes no sintoma Hostilidade.

Esta questão é inusitada, pois, considera-se sempre que o álcool ou a utilização da substância alcoólica produz comportamentos agressivos. A hostilidade pode ser considerada um fator decorrente ou associado à competitividade, à agressividade. No adulto, diferentemente da criança, as agressões não se manifestam mais intensamente nas suas fantasias, ocorre a ação que são as manifestações provenientes de impulsos.

As mulheres não alcoólicas ao manifestar, de acordo com o resultado estatístico, maior hostilidade demonstram através deste sintoma pensamentos, sentimentos ou ações característicos do estado de raiva. A Hostilidade reflete a qualidade de agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento (Laloni, 2001). Serão as alcoólicas menos hostis por apresentarem maior passividade? O álcool, como uma máscara ao invés de liberar a hostilidade a inibe neste sintoma específico. As mulheres alcoólicas no período de

abstinência não se apresentam hostis e os pensamentos, sentimentos ou ações que são característicos do estado de raiva, agressão, irritabilidade e ressentimento estão mascarados. As não alcoólicas manifestam estes sentimentos considerados na pesquisa como sintomáticos de forma mais desprendida, menos embotada. Conclui-se que o uso do álcool mascara nas o sintoma da Hostilidade não o tornando aparente e manifesto. Conclui-se, ainda que, a partir disto a Hostilidade do alcoólico está voltada para ele mesmo.

O sintoma Relações Interpessoais, presente com maior destaque nas mulheres alcoólicas, pode estar associado com sua baixa auto-estima, aspectos passivos nas relações com os demais. Corroborando com os resultados de outros autores, nos quais se estudou a agressão às mulheres por parte de seus maridos ou companheiros, verificou-se que há na maioria das vezes a presença de álcool, seja por parte do agressor ou da vítima, indicando aumento das dificuldades de relacionamento quando o sujeito faz consumo de álcool. (JACOBUECCI e CABRAL, 2004).

As Relações Interpessoais é o sintoma que se apresenta nos indivíduos ao sentirem-se criticados pelos demais, sentirem-se tímidos e pouco à vontade com o sexo oposto, sentirem-se inferiores, embaraçados com pessoas, pouco à vontade quando bebe ou se alimenta em público, além de não se sentirem compreendidos e de que os demais não gostam deles. São características de baixa auto-estima e pouco amor próprio, e de não se sentirem amados.

Por outro lado, Jaber Filho e André (2002), afirmam que o transtorno de ansiedade influi no desenvolvimento do alcoolismo sendo que pessoas que apresentam distúrbios fóbicos têm duas vezes mais possibilidades de serem alcoólicos, enquanto pessoas com distúrbios do pânico têm quatro vezes mais possibilidades de tornarem-se dependentes do álcool.

Estaria o álcool ocupando o lugar de um preenchimento narcísico? Conclui-se que sim: o álcool preenche a falha narcísica dos sujeitos que consomem álcool. Ao consumir o sujeito estabelece com a substância uma relação de suposta autonomia, de negação da realidade e cria uma falsa idéia de satisfação e de presença da mãe.

Na teoria, verificamos que os melancólicos sentem a perda de um ideal, tem sentimentos que não conseguem ser nomeados e se autodegradam em consequência de uma falha narcísica. Não ter sido olhado, percebido, amado como um outro e não ter construído

sua alteridade na relação com seus objetos primários, revelam as drásticas consequências manifestadas pelas tristezas e os vazios que são preenchidos pelo conteúdo alcoólico.

Pode-se concluir que o alcoólico é aquele sujeito que frente as suas dificuldades pessoais não consegue encontrar um caminho pelo qual realizaria o trabalho de substituir seus ideais primários necessitando da substância alcoólica para interagir com os demais. O alcoólico apresenta nas suas relações um modelo que se considera narcísico no qual faz uma projeção nos demais sobre aquilo que foi ou que gostaria de ser. É uma tentativa de manter uma suposta autonomia, sentimentos de suposta segurança. São mecanismos para neutralizar as angústias intensas que o alcoólico sente.

Um vínculo narcísico poderá ser um apoio para a auto-estima. “Nas relações narcísicas (...) os outros cumprirão diversas funções para o sujeito: equilíbrio narcísico, vitalidade, sentimento de segurança e proteção, compensação de déficit, neutralização de angústias, realização transicional de desejo”. (Horstein, 2008, p. 45). Conclui-se que o alcoólico se vincula à substância e constrói uma máscara para seus conflitos.

Portanto, tem-se ainda que a hipótese **H2** corrobora com o que Mendes (2000) encontrou em pesquisas que as condições afetivas em mulheres alcoólicas apresentam índice de ansiedade maior do que as não-alcoólicas. Encontrou ainda que a depressão, baixa tolerância à frustração, prejuízos na capacidade de controle geral e no estabelecimento de relacionamento interpessoal é mais prevalente nas alcoólicas em comparação com as mulheres não-alcoólicas.

A hipótese **H3**, por sua vez, buscou verificar se há diferença entre os gêneros quanto a sintomas psicológicos nos alcoólicos.

Esta hipótese se confirma para os sintomas de Fobia e Somatização nos quais as mulheres alcoólicas são mais prevalentes que os homens alcoólicos. Para os demais sintomas – Ideação Paranoide, Ansiedade, Obsessivo Compulsivo, Depressão, Psicose, Hostilidade e Relação Interpessoal – neste estudo, não foram encontradas diferenças estatísticas, indicando que, para estes sintomas homens e mulheres alcoólicos são semelhantes.

O corpo é o receptáculo e o revelador dos sentimentos e sensações decorrentes dos efeitos do consumo do álcool. Somatização é uma sintomatologia característica do gênero feminino. Em consultas médicas dos Sistemas de Saúde (SUS – Brasil), unidades básicas de saúde e clínicas ela sobressai e não o alcoolismo. As mulheres quando consumidoras de álcool ficam em casa, se escondem. Apresenta-se uma questão: o que é que dá visibilidade ao

alcooolismo das mulheres? Elas não são atendidas pelo alcooolismo, mas por suas questões somáticas. Os profissionais devem estar mais atentos para poderem avaliar tanto nas unidades básicas de saúde, como nos atendimentos psicossociais, além dos sinais e sintomas o que está mascarado: o uso do álcool e os prejuízos subjacentes.

A somatização é maior nos sujeitos alcoólicos do que nos sujeitos não alcoólicos e entre homens e mulheres alcoólicos são elas (as mulheres) mais sintomáticas. A conseqüente deterioração do corpo é o resultado do consumo sistemático e abusivo do álcool. A fisiologia feminina aponta para esta importante e significativa diferença. Entende-se também que os sentimentos e afetos que se manifestam no corpo como sintomas revelam aquilo que provavelmente já estava lá, quem sabe aprisionado e se valendo da substância para deslizar para o exterior.

Considerando-se estudos teóricos homens e mulheres quando deprimidos bebem. Nos resultados deste estudo a depressão aparece como sintoma tanto de homens como de mulheres alcoólicos, não se destacando, mas se aproximando independente do gênero. Assim, para os demais sintomas homens e mulheres que bebem mesmo estando em abstinência não apresentam diferenças sintomáticas.

Por outro lado, em **H4**, buscou-se observar se há diferença entre os gêneros quanto a sintomas psicológicos nos não alcoólicos, hipótese que se confirma para os sintomas Depressão, Hostilidade e Fobia, nos quais os indivíduos masculinos se diferenciam dos femininos. O sexo feminino tem médias estatísticas superiores quanto aos sintomas em comparação ao sexo masculino, havendo exceção apenas no sintoma Psicose. As mulheres, portanto, são mais deprimidas, mais hostis e mais fóbicas que os homens.

Considera-se que os sintomas são manifestações decorrentes de conflitos emocionais que ocorrem nos indivíduos. O sintoma depressivo nas mulheres que não consomem álcool é mais presente do que nos homens que não consomem álcool. Entretanto, Gitlow e Peyser (1991), Pulcherio et al (2002) e Edwards, Marshall e Cook (2005) entendem que em muitas situações as depressões são anteriores ao consumo do álcool.

Frente aos aspectos da hostilidade no caso das mulheres não alcoólicas faz-se uma vinculação à idéia de ser de base na construção psicológica dos sujeitos que a passividade deve tornar-se atividade. “A transposição do passivo ao ativo faz com que seja abandonada a posição *amar-se a si mesmo*, instalando uma nova equação ego - outro (...)”. (CONTE, 2002,

p.120). Portanto, a hostilidade pode estar na base do comportamento do alcoólico, mas é primeiramente constitutivo do ser sujeito.

Em relação à **H5**, há diferença entre os grupos de homens alcoólicos e não alcoólicos e o grupo de mulheres alcoólicas e não alcoólicas quanto a sintomas psicológicos.

Ao serem analisados os sintomas da amostra homens alcoólicos e não alcoólicos e mulheres alcoólicas e não alcoólicas, os sintomas que têm diferença estatisticamente significativa são Somatização ( $p=0,040<5\%$ ) e Fobia ( $p=0,033<5\%$ ). Este resultado é similar ao que foi encontrado na comparação entre os sintomas dos homens alcoólicos e as mulheres alcoólicas (tabela 4) cujo resultado é Somatização ( $p=0,032<5\%$ ) e Fobia ( $p=0,057\geq 5\%$ ). Conclui-se que ao compararmos indivíduos que bebem com os que não bebem, os indivíduos alcoólicos tornam os resultados significativos em relação à comparação de seus sintomas.

Ao compararem-se os resultados cabe sublinhar a relação que existe entre os sintomas avaliados e analisados. Se os sujeitos alcoólicos apresentam os sintomas com maiores médias estatísticas estamos discutindo uma manifestação apresentada no momento da coleta dos dados. Teoricamente, é na constituição dos sujeitos, nas suas relações primariamente estabelecidas que os conflitos são gerados. Os sintomas resultantes, portanto, são formações posteriores aos conflitos e o consumo do álcool é uma condição e/ou um meio pelos quais os conflitos se manifestam produzindo efeitos.

Os alcoólicos mais que os não alcoólicos apresentam diferenças nas Relações Interpessoais, pois, não se apresentam como alguém com amor próprio, elevada auto-estima, ou seja, com suas emoções e sentimentos resolvidos. A “paranóia alcoólica” referida por autores contribui com os achados desta pesquisa. A desconfiança básica dos sujeitos que não foram amparados, que não foram narcisizados se revela nas projeções dos sentimentos de perseguição. A ação, o comportamento obsessivo dos alcoólicos é um dado importante que foi encontrado na pesquisa, no qual se pode concluir que o álcool ocupa os pensamentos e se refletem nas ações daquele que bebe. O sujeito alcoólico necessita, frente a sua fragilidade egóica, falha narcísica, preencher seus pensamentos e sua vida com os conteúdos alcoólicos.

Caberia, ainda, investigar melhor e realizar pesquisa futuramente utilizando os mesmos instrumentos que avaliem a personalidade e o índice de severidade alcoólica dos sujeitos pesquisados, para que se amplie a possibilidade de fidedignidade dos achados.

Em relação ao sintoma Hostilidade cabem maiores investigações. Sugere-se uma nova aplicação do mesmo instrumento para avaliar diferentes sujeitos constituindo-se nova

amostra inter-regional e mesmo intercultural. É necessário ampliar as investigações para que se possa ter maiores parâmetros a partir de resultados e novas discussões.

Toda amostra representa um corte parcial temporal e físico da realidade a partir do qual se traçam generalizações possíveis. As generalizações poderão ser comparadas com estudos posteriores e com amostras mais amplas e, assim, confirmadas ou rejeitadas, no todo ou em parte.

O tamanho e a composição da amostra desta pesquisa foram definidos com objetivos bem específicos. Buscou-se a amostra de 30 homens, 15 alcoólicos e 15 não alcoólicos; 30 mulheres, 15 alcoólicas e 15 não alcoólicas, em função do tema e dos objetivos sendo uma amostra intencional. Em relação às mulheres, se a amostra fosse aleatória provavelmente não se apresentariam mulheres alcoólicas ou que fazem uso do álcool. Isso se dá por que provavelmente as mulheres sentem vergonha e são recriminadas moralmente quando bebem. Teoricamente se pode verificar que o lado negativo do alcoolismo nos homens se apresenta menor em relação ao lado negativo do alcoolismo nas mulheres. Para os homens, quando há consumo excessivo de bebida alcoólica, não há maior valorização ou prejuízo, fato que é amenizado, já no caso das mulheres há uma conotação mais pejorativa, indicando conduta de pouco valor ou perversa.

A amostra é de sujeitos que não se apresentam em fase aguda do alcoolismo, mas sujeitos que tem problemas com o álcool e estão com o consumo controlado. O procedimento metodológico se justifica, pois, ao contrário as mulheres não se apresentariam. Sabe-se que é mais fácil para o homem do que para a mulher dizer que tem problemas com o álcool. As mulheres não são socialmente aceitas quando tem problemas com a bebida diferente dos homens que são incitados a beber para provar masculinidade e seus rituais alcoólicos não são reprovados moralmente.

Qual é a relevância deste estudo comparativo para a saúde a partir da identificação de sintomas e a relação com o alcoolismo? Este estudo tem relevância por ter comparado alcoólicos e não alcoólicos e por comparar gêneros e a relação com o alcoolismo.

Verifica-se que o gênero feminino apresenta mais manifestações sintomáticas que o gênero masculino tornando-se agravadas ao serem alcoólicas. O gênero feminino apresenta sintomatologia mais prevalente do que do gênero masculino.

Conclui-se também que o gênero masculino se apresenta mais hostis do que o gênero feminino quando são alcoólicos enquanto que no gênero feminino as mulheres não alcoólicas são mais hostis que as alcoólicas.

Não é possível saber neste estudo se os não alcoólicos realmente não bebem, pois foi solicitado que o instrumento fosse preenchido por não alcoólicos. Escolher um caminho é obrigatoriamente abandonar outros. Sabe-se que beber ocorre às escondidas e que mesmo bebendo socialmente é tênue a separação do que bebe de forma controlada e sem prejuízos para o que bebe pesadamente ou com riscos para si e para outros. Muitas pessoas bebem e não revelam que bebem tanto homens quanto mulheres. A amostra dos indivíduos que bebem é confiável, apesar de não ter sido aplicado nenhum instrumento de avaliação de prevalência de consumo, por serem todos pertencentes aos AA. Estes sujeitos já estavam em uma condição na qual o alcoolismo já estava identificado e no momento da aplicação do instrumento eles estavam com o consumo de álcool controlado pela participação nos AA.

Pensa-se que suportar o desejo de reclusão a qualquer forma de determinismo, por si só, pode constituir alguma virtude. A aceitação de que o conhecimento científico não é absoluto que há sempre limites e que a ciência não conhece todos os fatos, deixando sempre dimensões que escapam. A ciência, entretanto, abre a mente humana ao horizonte de um não saber. Assim como nenhum conflito de valor pode ser resolvido racionalmente, também o próprio sentido da ciência não é a ciência que nos pode dar.

Pesquisar é como navegar. Sempre se descobrirá coisas novas. Novas mas não dogmáticas. É um rito de passagem do não saber para o conhecimento como já dizia o sábio poeta Fernando Pessoa, “*Navegar é preciso, viver não é preciso*”.

Este estudo atingiu seus objetivos. Outros deverão ser seguidos agregando novas metodologias e novas hipóteses. O consumo de substâncias alcoólicas se apresenta como elemento de muita preocupação para todos quantos se ocupam com a saúde física e mental de homens e mulheres. As escolhas implicam perdas. Os achados deste estudo remetem a sua metodologia que em novos estudos poderão ser ampliados e novamente generalizados. Estes comparativos pretenderam apenas apontar alguns resultados sugerindo que outros estudos possam avaliar melhor a questão da sintomatológica que se pretendeu avaliar. Sugerem-se amostras mais amplas para a compreensão do fenômeno que é o alcoolismo e as nuances que dele decorrem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO, Alba Cortés. **Conducta suicida adolescência y riesgo**. Disponível em: [www.monografias.com.htm](http://www.monografias.com.htm). Acesso em 19.set.2004.

ALMEIDA, Maria da Graça Blaya. **Alcoólicos Anônimos no Divã**. Porto Alegre: Ed. Evangraf Ltda., 2008.

ÁLVAREZ, Armando M. Alonso. **Fatores de Risco que Favorecem a Recaída no Alcoolismo**. Faculdade de Psicologia, Universidade de Havana. Disponível em [www.yelop.galeon.com/graving.htm](http://www.yelop.galeon.com/graving.htm). Acesso em 7. dez. 2006.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Suicídio**. São Paulo: Pioneira, 1997.

ARATANGY, L. R. **Doces Venenos Conversas e Desconversas Sobre Drogas**. Olho D'Água : São Paulo, 2009.

ARAÚJO, Lisiane Bizarro. **Experiências e Expectativas de Adolescentes em Relação aos Efeitos do Álcool**. Dissertação de mestrado em psicologia do desenvolvimento realizada no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, PUCRS. Porto Alegre: 1995.

BAUER, Jan. **O Alcoolismo e as Mulheres**. São Paulo: Cultrix, 1982.

BARROS, M.B.A.; OLIVEIRA, H.B.; MARÍN-LEÓN, L. Epidemiologia no Brasil. In: WERLANG, Blanca G.; BOTEGA, Neury José e cols. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BITTENCOURT, S.; SOUZA, C. Fobia Social e Dependência do Álcool: Um Estudo de Relações. **XV Congresso da ABEAD, São Paulo, 2003**. Disponível em: [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 5. Set. 2004.

BORDIN, S.; NICASTRI, S. Avaliação de Sintomatologia Depressiva e Ansiosa em Pacientes Atendidos num Programa Ambulatorial Para Dependência Química - Dados Preliminares. **XV Congresso da ABEAD, São Paulo, 2003**. Disponível em: [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 5. set 2004.

CAMPBELL, Drusilla; GRAHAM, Marilyn. **Drogas e Álcool no Local de Trabalho**. Rio de Janeiro: Nórdica, 1991.

CARDINAL, N. A Mulher e a Toxicomania. In: BERGERET, J.; LEBLANC, J. **Toxicomanias Uma Visão Multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.280-288.



CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo 107 maiores cidades do país: 2001.** CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP, São Paulo, 2001.

CARLINI, E. et al. **V Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: 2006.** Brasília: Secretaria Nacional Antidroga (SENAD) – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID): UNIFESP.

CASSORLA, R.M.S. Psiquiatria no Hospital Geral: Reflexões e Questionamentos. **Revista da ABP-APAL**, São Paulo, v.18. n.1, p. 1-8, 1996.

CASSORLA, R.M.S. (coord.) **Da Morte.** Estudos Brasileiros. 2ª. ed. Campinas: Papirus, 1998.

CASSORLA, R.M.S. Suicídio e Autodestruição Humana. In: WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José e cols. **Comportamento Suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2004, p.21.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICA **O aumento de Dependentes de Álcool e Tabaco no Estado de São Paulo. Boletim CEBRID**, São Paulo, no. 53, jul. ago. set. 2004. Atualizado em 24 jan. de 2005. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed53/1.htm>>. Acesso em 5 de fev. 2005.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Os Brasileiros Começam A Beber Cedo: A Dependência do Álcool Na Faixa Etária de 12 a 17 Anos. Boletim CEBRID**, São Paulo, nº 46, out. nov. dez. 2002. Atualizado em 23 jan. de 2003. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed46/8.htm>>. Acesso em 17 out. 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICA. **O uso de tabaco e de Bebidas Alcoólicas no Brasil: o cuidado metodológico define um trabalho epidemiológico. Boletim CEBRID**, São Paulo, no. 50, out. nov. dez. 2003. Atualizado em 10 fev. de 2004. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed50/6.htm>>. Acesso em 5 de fev. 2005.

XIV CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE ALCOOLISMO, TABAGISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS. **Anais.** Gramado, 2001.

XV CONGRESSO BRASILEIRO DA ABEAD. O jovem e as drogas: educação, comunidade e mídia. **Anais.** São Paulo, 2004. Disponível em: [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 19.set.2004.

CONTE, Bárbara de Souza. **Prazer e Dor: O Masoquismo e a Sexualidade.** Porto Alegre: Criação Humana, 2002.

CUNHA, Jurema Alcides; OLIVEIRA, Margareth da Silva; TOUGUINHA, Lisiane Alves; MARTINS, Márcia Lenira; TRENTINI, Clarissa Marcelli; CHRIST, Helena Diefenthaeler. Depressão, Pessimismo e Ideação Suicida em Alcoólicos. **Psico**, Porto Alegre, v.26n.2, p.133-142, jul /dez. 1995.

D´ASSUMPÇÃO, E. A.; D´ASSUMPÇÃO, G. M.; BESSA, H. A. **Morte e suicídio.** Petrópolis: Vozes, 1984.

DEROGATIS, Leonard R. **SCL-90-R MANUAL-II Administration, Scoring & Produces**. 2a. ed. Clinical Psychometric Research, USA, 1983.

DIMEFF, Linda A. et al. **Alcoolismo entre Estudantes Universitários: uma Abordagem de Redução de Danos**. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

DURKHEIM, E. **Suicídio**. Estudo de Sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Cristopher C.H. **O Tratamento do Alcoolismo**. Um Guia para Profissionais da Saúde. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

EDWARDS G. et al. **A Política do Álcool e o Bem Comum**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira S.A., 1975.

FOCCHI, Guilherme R. et al. **Dependência Química Novos Modelos de Tratamento**. São Paulo: Roca, 2001.

FONTES, Andrezza; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. O Comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Revista Psiquiatria Clín.** v.33(6), São Paulo, 2006.

FREUD, S. (1915). Os Instintos e Suas Vicissitudes. **Obras Completas**. V. 14, p.131-167. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. (1917). Luto e Melancolia. **Obras Completas**. V. 14, p.271-291. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. (1919). O estranho. **Obras Completas**. V. 17, p. 275-314. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GALDURÓZ, José Carlos F.; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange A.; CARLINI, E.A. . **Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Pesquisa Domiciliar Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País** – 2001. Revista Latino-Am. Enfermagem [on line]. 2005, v.13,n.spe, pp.888-895.

GIGLIOTTI, A.; CARNEIRO, E.; ALELUIA, G. **Drogas sem: Aprenda a ajudar pessoas a se livrar de dificuldades com álcool e Drogas**. Rio de Janeiro: Best Seller, 2008.

GITLOW, Stanley E.; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um Guia Prático de Tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

GORGULHO M. Prevenção do Uso Indevido de Drogas em Local de Trabalho. In: FILHO, Dartiu Xavier da Silveira; GORGULHO, Mônica. **Dependência. Compreensão e Assistência às Toxicomanias**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

HENNECKE, Lynne; FOX, Vernell. A Mulher com Alcoolismo. In GITLOW, Stanley E.; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um Guia Prático de Tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

- HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. M. **Dependência do Álcool: aspectos Clínicos e Diagnósticos**. São Paulo: Minha Editora, 2009.
- HILL, Elizabeth; GAUER, Gustavo; GOMES, William B. Uma Análise Semiótico Fenomenológica das Mensagens Auto-Reflexivas De Filhos de Adultos de alcoólicos. In: **Psicologia Reflexão e Crítica.**, 11, 93-116. Porto Alegre, 1998.
- HORSTEIN, Luis. **As Depressões Afetos e humores do viver**. São Paulo: Via Lettera: Centro de Estudos Psicanalíticos, 2008.
- JACOBUECCI, Patrícia G; CABRAL, Maria Aparecida A. Depressão e Traços de Personalidade Em Mulheres Vítimas de Violência Doméstica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.26 (30), São Paulo, set, 2004.
- JABER FILHO, Jorge Antonio, ANDRÉ, Charles. **Alcoolismo**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2002.
- KERR-CORREA, F. et al. **Gênero, cultura e problemas relacionados ao álcool: um estudo no Brasil e multinacional**. 2003. Disponível em: [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 5 de set 2004.
- KUSNETZOFF, Juan Carlos. **Introdução à Psicopatologia Psicanalítica**. 11ª impressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
- LALONI, Diana Tosello. **Escala de Avaliação de Sintomas -90 –R. SCL-90-R Adaptação Previsão e Validade**. Campinas (Dissertação de mestrado) Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia – programa de Pós-Graduação – Psicologia como Profissão e Ciência, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2001.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. 10ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- LARANJEIRA, Ronaldo; PINSKY, Ilana. **Conhecer & Enfrentar o Alcoolismo**. 7ª. Ed. São Paulo: Contexto, 2001.
- LEMONS, Tadeu; GIGLIOTTI, Analice; GUIMARÃES, Ângela. Da neurobiologia ao tratamento psicossocial de dependência química. (in) **Diretrizes Gerais Para Tratamento da Dependência Química**. Rio de Janeiro: Editoria Rubio, 2010.
- LIMA, José Mauro Braz de. **Alcoolologia. O alcoolismo na Perspectiva da Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.
- LONGENECKER, Gesina L. **Drogas Ações e Reações. O que provoca o uso contínuo das drogas. Como as drogas atingem o cérebro**. São Paulo: Market Books, 2002.
- MACFARLANE, Aidan; MACFARLANE, Magnus; ROBSON, Philip. **Que Droga é essa? A verdade sobre as drogas e seus efeitos; por que as pessoas usam e o que sentem**. São Paulo: Ed. 34, 2003.
- MACIEL, C.; LAUAR, H. **Reposição Vitamínica na Abstinência Alcoólica**. 2005. [www.uniad.org.br/default\\_PC.asp.htm](http://www.uniad.org.br/default_PC.asp.htm). Acessado em 4 fev.2009.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; ARAÚJO, Marcelo Ribeiro; LARANJEIRA, Ronaldo; ZALESKI, Marcos. Diretrizes Farmacológicas para tratamento da dependência de álcool. (in) GIGLIOTTI, A; GUIMARÃES.A. **Diretrizes Gerais Para Tratamento da Dependência Química**. Rio de Janeiro: Editoria Rubio, 2010.

MARTINS, F. P.; ZIMMERMANN, P. R. A avaliação do risco de suicídio. **Acta Médica**. Porto Alegre, p.333-341, 1977.

MELMAN, C. **Alcoolismo Delinquência Toxicomania**. Uma Outra Forma de Gozar. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Escuta, 2000.

MENDES, Dioneia Luciane. **Ansiedade, depressão, tolerância à frustração, condições objetivas e o alcoolismo feminino**. Porto Alegre: 2000, diss. Mestrado em psicologia clínica. Faculdade de Psicologia, PUCRS.

MENDES, R. H. D. **O drogado e a família**. São Paulo: Palmeiras, 1989.

MENNINGER, K. Eros e Tanatos – O homem contra si próprio. São Paulo: Ibrasa, 1970.

MICHEL, Oswaldo da Rocha. **Alcoolismo e Drogas de Abuso Problemas Ocupacionais e Sociais. A Realidade do Trabalhador Brasileiro**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MICHELI, D; et al. Avaliação de influência de intoxicação alcoólica sobre a crítica dos condutores de veículos: uma análise preliminar. **XV Congresso da ABEAD** (15.: 2003: São Paulo). Disponível em: [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 5 de set 2004.

NADVORNY, Boris. **Freud e as Dependências. Drogas/Jogo/Obesidade**. Porto Alegre: AGE, 2006.

NÓBREGA, Antonio Augusto Neves da. Alcoolismo. In: SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da et al.. **Dependência. Compreensão e assistência às toxicomanias**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

NOTO, A.R. et al. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas no Estado de São Paulo. **XV Congresso da ABEAD** (15.: 2003: São Paulo). Disponível em: [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 5 de set 2004.

OGA, S; CAMARGO M.M.A; BATISTUZZO, J. A. O. **Fundamentos de Toxicologia**. 3<sup>a</sup>. Ed São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

OLIVEIRA, M.S. et al. A gravidade da dependência do álcool e fatores associados. **XV Congresso da ABEAD** (15.: 2003: São Paulo). Disponível em : [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 5 de set 2004.

OLIVEIRA, Margareth da Silva et al. O *craving* e a Dose de Benzodiazepínico utilizada por Alcoólicos internados para Desintoxicação. **XV Congresso da ABEAD** (15.: 2003: São Paulo). Disponível em: [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 5 de set 2004.

PACHECO, Cristina de Oliveira. Ser Alcoólico e Ser Trabalhador: a masculinidade e suas representações. **Revista Psico**, Porto Alegre, v.30,n.1, p.185-204. jan./jun.1999.

PANITZ, Mauri Adriano. **A segurança viária e o fator humano**. Porto Alegre, 1999, diss. (mestrado em Engenharia de Produção) – área de concentração: (Transportes), Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PECHANSKY, F. Padrões de Consumo de Bebidas Alcoólicas em pacientes adolescentes residentes na cidade de Porto Alegre. **J. Bras. Psiquiatria**. 44 (5):241-241, maio 1995. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br>. Acesso em 5 de fev.2005.

PEREIRA, Clícia Marina Magalhães. **Alcoolismo Masculino e Identificação: Um Traço Cruel do Pai? Rio de Janeiro** (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

PINSKY, I. **O Comportamento de Dirigir Alcoolizado entre Jovens de São Paulo: perfil de risco. São Paulo**: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de medicina. PPG em Psiquiatria, 1999

PINSKY, I.; BESSA, M. A. (org.) **Adolescência e Drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.

PULCHERIO, Gilda; BICCA, Carla; SILVA, Fernando Amarante (org). **Álcool, Outras Drogas, Informação**: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RAMOS, Sérgio de Paula; PLASS, Ângela M.; CARDOSO, Nilce A. **Uso de Drogas na Adolescência. Prevenção e Tratamento**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999.

RAMOS, R. J. A. et al. Alcoolismo: trabalho e violência. Um estudo a partir do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoólico de uma organização pública. **XV Congresso da ABEAD** (15.: 2003: São Paulo). Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV CongressoABEAD.htm>. Acesso em 5 de set 2004.

RASSI, R.; FERNANDES, M. S. Dependência de Álcool e Outras Drogas x Reação ao Estresse Grave em Funcionários da FEBEM. **XV Congresso da ABEAD** (15.: 2003: São Paulo). Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV CongressoABEAD.htm>. Acesso em 5 de set 2004

REIS, Nelzir Trindade; RODRIGUES, Cláudia dos S. Cople. **Nutrição clínica – alcoolismo**. Rio de Janeiro: Livraria Rubio, 2003.

ROBAINA, José Vicente Lima. **O Papel do Educador na Prevenção ao Uso**. Porto Alegre: Editora Mediação, 2010.

ROSA, Marisa de S. Thiago. **Ambiente familiar, solidão, falta de perspectiva de futuro e a dependência de drogas em adultos**. Porto Alegre, 1996, diss. (Mestrado)- Inst. Psicologia, PUCRS.

SANTOS, Lliamar Aparecida dos. O Álcool como causa associada de mortes por causas externas. **Cad. Brás. Saúde Mental**, Vol 1, No.1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

SEIBEL, Sérgio Dario; TOSCANO Jr., Alfredo. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SEIBEL, Sérgio D. **Dependência de Drogas**. 2ª. Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da. **Dependência: Compreensão e assistência às toxicomanias**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

SOLER, Concepción Lopez; ROS, Ma. Ángeles Freixinós. Psicopatología y Consumo de alcohol en adolescentes. **Anales de Psicología**, vol 17, no. 2 (diciembre), 177-188, 2001.

SPERB, Izabel Worm. **Suicídio em população rural e urbana de pequeno porte**. Porto Alegre: 2003, diss. (mestrado em Psicologia Clínica) fac. Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

TONDOWSKI, Claudia Silveira. **Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: um estudo em genograma**. São Paulo, 2008, diss. (mestrado em Medicina) – área de concentração: (Psicobiologia), Universidade Federal de São Paulo.

TRINDADE, J. **Delinquência Juvenil. Uma Abordagem Transdisciplinar**. 2ª. Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.

VAILLANT, George E. **A História Natural do Alcoolismo Revisitada**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

VAISSMAN, Magda. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

VESPUCCI E. Ferraz; VESPUCCI, R. **O Revólver que Dispara. Os Dependentes de Drogas e os Caminhos da Recuperação, numa Abordagem Clínica**. São Paulo: Editora Casa Amarela, 1999.

VESPUCCI, Emanuel Ferraz. **Alcoolismo. O livro das respostas: esclarecendo 129 dúvidas fundamentais**. São Paulo: Casa Amarela, 2000.

VOUCHINICH, R.E; TUCKER J.A.; BORDINI, E.; SULLWOD, A.F. **Attributios of causality for drinking behavior made by alcohol and by normal drinkers**. 1: Drug Alcohol Depend. 1981, Nov; 8(3): 201-6. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&dopt=abst](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&dopt=abst) . Acesso em 16 out. de 2004.

WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José. **Avaliação retrospectiva (autópsia psicológica) de casos de suicídio**. Revista Psico, Porto Alegre, v.33,p.97-112. jan./jun.2002.

WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José e cols. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WERLANG, B.G.; MACEDO, M.M.K.; KRÜGER, L.L. Perspectiva Psicológica. In: WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José e cols. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.



## BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

BERGERET, J.; LEBLANC, J. **Toxicomanias Uma Visão Multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

XIV CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE ALCOOLISMO, TABAGISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS. **Anais**. Gramado, 2001.

XV CONGRESSO BRASILEIRO DA ABEAD. O jovem e as drogas: educação, comunidade e mídia. **Anais**. São Paulo, 2004. Disponível em: [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 19.set.2004

CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICOTERAPIA. **Anais**. Porto Alegre, 2004.: 2004: Porto Alegre).. Porto Alegre: PUCRS, 2004.

CÔRTEZ, C.;TRINDADE, E. Dependência Química. São Paulo, **Revista Isto É**, n.1441, 1997, p.82-88.

EPIDEMIOLOGIA. O aumento de Dependentes de Álcool e Tabaco no Estado de São Paulo. **Boletim CEBRID**, São Paulo, no. 53, jul.ago.set. 2004. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed53/1.htm> >. Acesso em 5 de fev.de 2005.

FACCIO, Gilvane. Alcoolismo: Um Caso de Saúde Pública Uma revisão Bibliográfica Sobre a Dependência do Álcool no Brasil. Porto Alegre: 2008, (Especialização em Saúde Pública) Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FREUD, S. (1920). Além do Princípio de Prazer. **Obras Completas**. V. 23, p.13-85. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GALDURÓZ, José Carlos; NOTO, Ana Regina; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A.. V Levantamento Sobre Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras -2004. **Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas**. <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/htm> >. Acesso em 5 de dez 2008.

GAZAL-CARVALHO, Cynthia; CARLINI-COTRIM, Beatriz; SILVA, Ovandir Alves; SAUAIA, Naim. Prevalência de Alcoolemia Em Vítimas de Causas Externas Admitidas em Centro Urbano de Atenção Ao Trauma. **Revista Saúde Pública** 2002;36(1):47-54.

GOMES, William B. (org) **Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia**. Porto Alegre: Ed. Universidade / UFRGS, 1998.



GORGES, G. **Prevalencia de bebedores consuetudinarios en México: un análisis ecológico**. Salud Publica México; 31(4):503-18, jul.-ago. 1989.

GUIMARÃES, L. A. M. & GRUBITS, S. **Serie Saúde Mental e Trabalho**. V 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

JOHANN J. R. et al. **Introdução ao Método Científico. Conteúdo e Forma do Conhecimento**. 3ª. Ed. Canoas: Ulbra, 1997.

KOROVSKY, E. **Una particular modalidad de violencia: los accidentes en la adolescência**. Revista de Psiquiatria Del Uruguay, año LX, n.333, 1996.

KOVÁCS, J. **Morte e desenvolvimento humano**. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LOUREIRO, L.M.J. **Ansiedade Perante a Morte e sentimento de Imortalidade Simbólica em Toxicodependentes**. Dissertação de Mestrado. Coimbra, 2000.

MACRAE, Edward. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In: -SEIBEL, Sérgio Dario; TOSCANO Jr, Alfredo. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, p. 25-34, 2001.

OLIVEIRA, Rejane L. Veiga. Caracterização de pacientes suicidas internadas em uma instituição psiquiátrica. *Psico*, Porto Alegre, V. 29. N.1, p. 183 – 196, jan/jun. 1998.

Os Brasileiros Começam A Beber Cedo: A Dependência do Álcool Na Faixa Etária de 12 a 17 Anos. **Boletim CEBRID**, São Paulo, nº 46, out. nov. dez. 2002. Atualizado em 23 jan. de 2003. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed46/8.htm>>. Acesso em 17 out. 2004.

PALADINO, Silvia Filomena. **Alterações Hematológicas Ligadas ao Alcoolismo**. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27\(1\)artigo27\(36\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/27(1)artigo27(36).htm). Acesso em 5 fev. 2005.

PINSKY, Ilana. A Propaganda de Bebidas Alcoólicas no Brasil. **Movimento Propaganda Sem Bebida**. Disponível em: <http://www.comunicasaude.com.br/artigostemas.htm>. Acesso em 6 fev. de 2005.

PINTO, R.H.; TELO, G.H.; SEGALA, N.C.C.; PINHEIRO, R.T. Prevalência de Alcoolismo em homens Durante o Puerpério. **Congresso Latino-Americano de Psicoterapia**. nº 5. Anais. Porto Alegre, 2004.

PRIMO, Newton Luiz numa Peixoto; STEIN, Airton Tetelbom. Prevalência do Abuso e da Dependência do Álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Revista Psiquiatria RS**, 26(3):280-286, set./dez. 2004.

REIS, A .D .; SURJAN, J.; FIGLIE, N.; LARANJEIRA,R. **Substâncias Psicoativas e situações de trauma em pronto socorro de hospital geral da cidade de São Paulo/Brasil: implicações para diagnóstico de prevenção-Estudo multicêntrico colaborativo com a OMS(Organização Mundial de Saúde)**. XV Congresso da ABEAD (15.: 2003: São Paulo).

Disponível em : [http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV\\_CongressoABEAD.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Vill/3170/XV_CongressoABEAD.htm). Acesso em 5 de set 2004.

RICHTER, H. E. **A família como paciente**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes,1990.

RONZANI, T.M.; RODRIGUES, T.P.; BATISTA, A.G.; LOURENÇO, L.M.; FORMIGONI, M.L.O.S.F. Estratégias de Rastreamento e Intervenções Breves Para Problemas relacionados Ao Abuso de Álcool Entre Bombeiros. In: **Estudos de Psicologia** 2007, 12(3), 385-290.

ROSSA, Irma. **Avaliação Clínica**. In: PULCHERIO, Gilda; BICCA, Carla; SILVA, Fernando Amarante (org). **Álcool, Outras Drogas, Informação**: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.54-59.

SCHUCKIT, M. A.. **Drug and alcohol abuse**. 5.ed. New York: Plenum, 2000.

SILVA, Leonardo V. E. Rueda; MALBERGIER, André; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade; ANDRADE,Arthur Guerra. Fatores Associados ao Consumo de álcool e Drogas Entre Estudantes Universitários. In: **Rev. Saúde Pública** 2006; 40(2):280-8.

THUMS, J. **Acesso à realidade**. Técnicas de Pesquisa e Construção do Conhecimento. 3ª.ed.Canoas: Ulbra, 2003.

TORRES, Wilma C.; GUEDES, Wanda G.; TORRES, Ruth C.; EBERT, Therezinha. Algumas Contribuições À Pesquisa Sobre A Morte. In: CASSORLA, R.M.S. (coord.) **Da Morte**. Estudos Brasileiros. 2ª. ed. Campinas: Papirus, 1998, p.131-144.